

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**A INFLUÊNCIA DO CONTACTO PELE A PELE APÓS O NASCIMENTO E
A AMAMENTAÇÃO**

THE INFLUENCE OF SKIN CONTACT AFTER BIRTH AND BREASTFEEDING

Relatório final de estágio orientado pela Professora
Doutora Marinha do Nascimento Fernandes Carneiro

Natalia Bande Álvarez

Porto, Novembro de 2017

"A educação é uma arma de construção maciça"

Marjane Satrapi

AGRADECIMENTOS

Com a concretização deste relatório fecha-se uma etapa da minha vida que deixa, sem dúvida, uma marca inesquecível no meu crescimento pessoal, profissional e acadêmico. Representa o culminar de muito tempo de reflexão e de esforço para alcançar algo que desejei durante muito tempo. No entanto, este percurso teria sido impossível de realizar sem o apoio e participação de algumas pessoas, às quais não posso deixar de agradecer.

Em primeiro lugar, quero deixar um agradecimento muito especial aos pilares da minha vida: os meus pais. Sem eles, dificilmente conseguiria chegar até aqui. Por estarem sempre ao meu lado em todos os momentos, a dar-me força, apoio e confiança, muito obrigado.

Agradeço ainda aos meus queridos avós pelo seu carinho. Espero que me desculpem a ausência nesta fase das suas vidas. Da mesma forma, quero agradecer ao meu irmão pela motivação infundida ao longo deste percurso académico e ao meu namorado, que esteve sempre presente e que me apoiou quando eu mais precisava. Pela sua paciência, por apresentar sempre um sorriso quando sacrificava o tempo em prol da realização deste trabalho, um obrigada muito especial.

Não poderia deixar de agradecer à orientadora, a Professora Marinha Carneiro, pela sua disponibilidade e compreensão, manifestando importantes críticas e sugestões para o crescimento deste relatório, procurando sempre enriquecer e apoiar a minha formação.

Quero expressar também um agradecimento à Ana Furtado, por se mostrar disponível para me ajudar através da sua experiência e conhecimentos. Agradeço todas as ideias, os conselhos e a sua inestimável colaboração.

Também quero agradecer hoje e sempre às minhas queridas amigas e colegas de apartamento, as pessoas que vivenciaram comigo a experiência de viver afastada da nossa terra, partilhando comigo a maior parte do tempo e que tornaram bom cada desânimo e desmotivação, ajudando de forma incondicional e incentivando-me face aos obstáculos que ao longo desta caminhada foram surgindo. Estou muito agradecida por ter a vossa amizade. A vossa companhia fez-me sentir em casa.

Por fim, agradeço a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para que esta tarefa se tornasse possível.

A todos, muito obrigada

SIGLAS/ABREVIATURAS

AM- Aleitamento Materno.

ACOG- Congresso Americano de Obstetras e Ginecologistas.

APPT- Ameaça de Parto Pré-termo.

CTG- Cardiotocográfico.

CHSJ- Centro Hospitalar São João.

DGS- Direção Geral de Saúde.

EDE - Escala de Depressão de Edimburgo.

EESMO- Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica.

ESEP-Escola Superior de Enfermagem do Porto.

FC- Frequência Cardíaca.

FCF- Frequência Cardíaca Fetal.

FIGO- *International Federation of Gynecology and Obstetrics.*

FR- Frequência Respiratória.

HTA- Hipertensão Arterial.

ICN- *International Council of Nursing.*

IG- Idade Gestacional.

IM- Intramuscular.

IST'S- Infecções Sexualmente Transmissíveis.

ITU- Infecção do Trato Urinário.

LA- Líquido Amniótico.

LM- Lactação materna.

Lmex- Lactação exclusiva.

LMC- Lactação materna complementar.

MESMO- Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

NBAS- Escala de Avaliação do Comportamento Neonatal.

NE- Nível de Evidência.

NICE- *National Institute for Health and Clinical Excellence.*

OE- Ordem dos Enfermeiros.

OMS- Organização Mundial de Saúde.

PPT- Parto Pré-Termo.

RN- Recém-Nascido.

PRM- Ruptura Prematura de Membranas.

SAPE- Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem.

SOGC- Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Canadá.

TA- Tensão Arterial.

TP- Trabalho de Parto.

TPPT- Trabalho de Parto Pré-Termo.

VIH- Vírus da Imunodeficiência Humano.

WHO- *World Health Organization.*

RESUMO

Título: A influência do contacto pele a pele após o nascimento e a amamentação.

O presente relatório de estágio considera o previsto no Regulamento do 2º ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem do Porto, com vista à obtenção do grau de Mestre. Tem a finalidade de sintetizar e reflectir sobre o processo formativo denominado Estágio: gravidez, trabalho de parto e pós parto, de natureza profissionalizante. Assim, este documento apresenta um olhar retrospectivo sobre o processo de aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia no Centro Hospitalar São João, tendo como referência as orientações preconizadas no Regulamento de Competências e cuidados preconizados pela Ordem de Enfermeiros.

A prática desenvolvida ao longo deste percurso possibilitou a oportunidade de vivenciar as experiências com as utentes internadas em situação de gravidez com complicações, parto e pós-parto, assim como o acompanhamento dos seus recém-nascidos. Tratando-se de um estágio de cariz profissional, para o seu desenvolvimento foram planeados e implementados cuidados à mulher/família, fundamentados com o conhecimento científico mais atual, sempre com o objectivo de garantir a qualidade nos cuidados prestados e privilegiando-se uma síntese crítico-reflexiva nas diferentes áreas.

Para além da descrição inerente ao desenvolvimento do estágio, apresenta-se uma revisão integrativa da literatura sobre a problemática relativa ao “efeito do contacto pele a pele precoce e a amamentação, um tema relevante para a prática clínica e para o meu crescimento enquanto profissional. Assim, apresentam-se nove estudos acerca desta temática que, na sua totalidade, demonstram os seus benefícios maternos e neonatais, bem como o seu impacto positivo na manutenção do aleitamento materno ao longo do tempo. Os estudos abordados demonstram que o contacto pele a pele deve começar imediatamente após o nascimento, facilitando a interação materno-neonatal devido à maior sensibilidade a estímulos sensoriais (como o toque, o calor e o cheiro), que melhoram a conduta adaptativa neonatal e promovem de forma significativa o início da

primeira mamada, assim como a probabilidade do sucesso nas seguintes. Tendo estes resultados em consideração, é possível concluir que a realização do contacto pele a pele deve ser privilegiado face à prestação de cuidados de rotina.

Palavras-chave: "Pele a pele", "contacto", "aleitamento materno", "recém-nascido", "lactente".

ABSTRACT

Title: The influence of skin-to-skin contact after birth and breastfeeding.

This internship report considers what is provided for in the Regulation of the 2nd cycle of studies of the Porto Nursing School, with a view to obtaining a Master's degree. Its purpose is to synthesize and reflect on the training process known as Stage: pregnancy, labor and postpartum, of a vocational nature. Thus, this document presents a retrospective view on the process of acquisition and development of competences within the scope of the Master's Degree in Nursing of Maternal Health and Obstetrics in the Hospital Center of São João, having as reference the guidelines recommended in the Regulation of Competences and care recommended by the Order of Nurses.

The practice developed along this route has allowed the opportunity to experience experiences with patients hospitalized in a situation of pregnancy with complications, childbirth and postpartum, as well as the monitoring of their newborns. Being a professional stage, for their development, care for the woman / family was planned and implemented, based on the most up-to-date scientific knowledge, always with the objective of guaranteeing the quality of the care provided and giving priority to a critical synthesis - reflexive in different areas.

In addition to the description inherent to the development of the stage, there is an integrative review of the literature on the "effect of skin-to-skin contact and breastfeeding, a relevant topic for clinical practice and for my growth as a professional. Thus, nine studies on this subject are presented, which in their entirety demonstrate their maternal and neonatal benefits, as well as their positive impact on the maintenance of breastfeeding over time. Studies have shown that skin-to-skin contact should begin immediately after birth, facilitating maternal-neonatal interaction because of increased sensitivity to sensory stimuli (such as touch, heat, and smell) that enhance neonatal adaptive behavior and promote the first feeding, as well as the probability of success in the following. With these results in mind, it is possible to conclude that skin-to-skin contact should be given priority over routine care.

Keywords: "Skin-to-skin", "contact", "breastfeeding", "newborn", "infant"

Índice

NOTA INTRODUTÓRIA	17
1. PROJETO DE ESTÁGIO	19
2.1 Aquisição de competências no âmbito de Gravidez com complicações	23
2.2 Aquisição de competências no Trabalho de parto e parto.	37
2.2.1. Enfermagem Baseada na Evidência: O contacto precoce pele a pele mãe–recém-nascido e a amamentação	57
2.3. Aquisição de competências no âmbito do Autocuidado pós-parto e parentalidade.....	88
3. ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Esquema representativo da influência do CPP mãe-RN na amamentação com as várias categorias.	78
Figura 2 - Número de Grávidas alvo de vigilância e cuidados.	107
Figura 3: Número de Puérperas e recém-nascidos alvo de cuidados e vigilância.	108
Figura 4: Número de Partos realizados, com ou sem episiotomia, e participados.	108

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Classificação de evidências segundo Galvão, (2006).	66
Tabela 2: Artigos selecionados para a revisão.	67

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente relatório de estágio de natureza profissional representa o culminar de um longo caminho, iniciado em 2015 com a inscrição no Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MESMO) e agora concluído com a finalização do 2.º ano. Este relatório visa, assim, dar resposta a uma exigência académica no âmbito do (MESMO), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). O regulamento do 2.º ciclo de estudos da ESEP, entende no artigo 2.º que, para completar o grau académico de mestre, é necessário realizar um estágio de natureza profissional sustentado por uma dissertação, um trabalho de projeto ou um estágio de natureza profissional. Assim, o processo de estágio implica a elaboração de um relatório, o projeto final, em que se pretende refletir sobre as vivências e as competências adquiridas ao longo deste processo formativo, assim como refletir sobre uma prática baseada na evidência mais atual, considerando-se as três áreas da saúde materna e obstetrícia: a gravidez, o trabalho de parto e parto e o pós-parto.

Com a intenção de dar resposta às finalidades propostas anteriormente e para facilitar a sua leitura, este relatório encontra-se dividido em três capítulos principais. Apresenta-se assim, um primeiro capítulo onde se descreve o projeto de estágio, no segundo capítulo, apresenta-se o processo de desenvolvimento e aquisição de competências onde se encontra incluído um subcapítulo que aborda a temática escolhida para alvo de investigação “O contacto precoce pele a pele mãe–recém-nascido e a amamentação” que contribui para a reflexão sobre a prática clínica. Deste modo, pretende-se garantir às grávidas/ casais e respetiva família cuidados de qualidade adaptados às necessidades de cada utente. Assim, para a consecução deste trabalho foi realizada uma pesquisa bibliográfica, com recurso a base de dados de *Scientific Electronic Library Online*, o motor de busca *PubMed* e às bases de dados da plataforma *EBSCOhost* da ESEP.

1. PROJETO DE ESTÁGIO

O estágio profissionalizante inserido na unidade curricular “Estágio: Gravidez, trabalho de parto e pós parto” é de natureza contínua e encontra-se dividido em três módulos realizados em diferentes serviços, e teve a finalidade adquirir as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO). O enfermeiro especialista é o enfermeiro que possui um conhecimento aprofundado num domínio específico da profissão de enfermagem (OE, 2010). Assim, as competências clínicas especializadas fundamentam-se no aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro generalista.

Relativamente ao EESMO há um conjunto de competências e conhecimentos específicos, que vêm descritos no *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia* (OE, 2011), sendo as orientações da conduta do EESMO enunciadas/descritas nos Padrões de Qualidade da OE (2011). Estes dois documentos, em conjunto, descrevem um profissional que tem a responsabilidade de demonstrar elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão em diversos contextos da sua prática profissional.

A atividade profissional do EESMO é conhecida e designada pela legislação europeia como “Parteira”. A Parteira promove o autocuidado em parceria com as mulheres, famílias e comunidades, de forma a dar resposta às necessidades durante a pré-conceção, a gravidez, o nascimento e ao longo do ciclo reprodutivo da mulher, garantindo uma melhor vigilância e cuidados de qualidade (OE, 2010).

Segundo a OE o EESMO “ *É responsável diretamente pela mulher, estando habilitado a detetar complicações, a aplicar medidas de emergência e ao encaminhamento das situações que devem beneficiar de outros níveis de cuidados*”(OE, 2010, p.2).

A sua prática clínica considera a gravidez como um acontecimento natural na vida da mulher, pelo que sua atuação abrange as diferentes fases da saúde materna que integram: a gravidez, o trabalho de parto e parto e o puerpério. O EESMO é, assim, profissionalmente e legalmente habilitado como perito autónomo e responsável (OE, 2010).

Neste relatório, explanam-se as competências adquiridas no âmbito do enfermeiro EESMO que se realizaram durante os diferentes períodos do estágio.

2. PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O estágio realizou-se de forma integral no Centro Hospitalar São João (CHSJ), em diferentes serviços que davam forma ao desenvolvimento consecutivo dos módulos. Apesar deste estágio ser único e anual, foi dividido em três módulos: No serviço Materno-Fetal, Puérperio e Bloco de Partos. Em cada serviço realizaram-se cuidados assistenciais diferenciados, de forma personalizada e de modo a garantir a excelência e melhoria dos cuidados, ao longo do ano letivo de 2016/2017 com 900 horas de prática clínica, assim como 75 horas de orientação tutorial (25 horas em contacto direto com o orientador) e 25 horas de seminário.

Desta forma, este relatório apresenta uma descrição sobre as diferentes experiências, no âmbito do estágio de natureza profissional, bem como na busca de conhecimento, sustentado pela evidência científica mais atual.

Consequentemente, descrevem-se de forma fundamentada, crítica e reflexiva, as atividades desenvolvidas ao longo das diferentes áreas do estágio que decorreram entre os dias 12 de Setembro a 31 de Julho. Na elaboração do relatório seguiu-se as orientações definidas no documento de Regulamento do 2.º ciclo de estudos

O horário cumprido foi estabelecido de acordo com a dinâmica do serviço, de modo a privilegiar o número de experiências de qualidade e assegurar a realização e a participação ativa no maior número de situações clínicas.

Na chegada a qualquer um dos serviços realizava-se em primeiro lugar uma integração na unidade e na equipa, facilitada pelos enfermeiros que a constituíam e que se mostraram sempre acessíveis e disponíveis para colaborar na aprendizagem. Esta fase inicial foi fundamental para perceber aspetos intrínsecos aos serviços que compõem e organizam a dinâmica de trabalho, sendo variados e muito diferentes, de acordo com cada serviço. Deste modo, a estrutura física da unidade, os protocolos, as características dos registos foram sempre tidos em consideração durante a prática e conhecê-los constituíram recursos básicos para a integração em cada serviço.

Além dos cuidados assistenciais realizados na prática clínica, procurou-se seguir a metodologia de trabalho de equipa. Desta forma elaboravam-se planos de cuidados, que

articulavam as intervenções para cada utente de forma estruturada para enquadrar a prática de enfermagem. Tudo isto, realizava-se mediante uma ferramenta computadorizada chamada “Sistema de Apoio para a Prática de Enfermagem” (SAPE) que utiliza a linguagem CIPE.

O extenso período de estágio forneceu a possibilidade de uma integração contínua na equipa e no exercício de aprendizagem da prática de enfermagem nesta área. Foram desenvolvidas atividades em diferentes âmbitos da Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, para atingir as competências necessárias.

Para uma intervenção adequada aos diferentes contexto, foi necessária uma revisão de saberes fundamentais, de forma a que, a assistência e cuidados realizados fossem congruentes com as necessidades reais da utente.

No percurso realizado ao longo do estágio, as atividades desenvolvidas e as reflexões efetuadas foram sendo registadas num caderno, em forma de notas de campo, que se tornou numa ferramenta indispensável para a elaboração deste relatório.

2.1 Aquisição de competências no âmbito de Gravidez com complicações

Uma das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Materna e Obstétrica (EESMO) é ajudar as mulheres durante todo o processo de saúde/doença, durante o período pré-natal. Assim, durante este módulo procurou-se a aquisição e o desenvolvimento de competências específicas, no âmbito dos cuidados especializados à grávida/casal em situação de patologia. Este módulo decorreu entre o dia 12 de setembro e o dia 21 de dezembro, no serviço Materno-fetal no Centro Hospitalar São João.

Ao longo deste módulo “Gravidez com complicações”, teve-se a oportunidade de refletir sobre a dimensão da patologia do estado gravídico da mulher, bem como avaliar de forma crítica as intervenções realizadas. Durante este percurso constatou-se que a gravidez constitui um período importante na vida da mulher / casal e da família. O nascimento de uma criança era uma parte fundamental da vida e do projeto dos casais. Autores como Cunha (2010), escreve que é um acontecimento que altera e reestrutura definitivamente a vida dos progenitores, envolvendo-os em experiências únicas, implicando a adoção de novos “papéis” que são acompanhados de novas identidades sociais.

Lowdermilk, (2008), mostra que durante o período pré-natal a maioria das mulheres procuram cuidados de saúde e de vigilância da gravidez, de forma a permitir o seu bem estar, bem como do futuro filho/a, demonstrando tendência a assumir hábitos de vida saudáveis. Nesta linha, Araújo (2010) e colaboradores consideram o período pré-natal como um tempo de aprendizagem para a mulher, companheiro e família, assim como de rastreio para detetar eventuais anomalias ou fatores de risco na mulher e no feto.

Os enfermeiros para desenvolverem cuidados de saúde de qualidade, apoiam-se nas orientações do Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez (PNVGBR) de Baixo Risco, difundido pela Direcção Geral de Saúde (DGS), que aborda múltiplas questões e inclui recomendações e intervenções adequadas desde a pré-conceção ao puerpério. Deste modo, procurou-se sensibilizar as mulheres e os companheiros da importância da vigilância pré-natal, aquando da alta clínica, mediante as consultas previstas no percurso da gravidez.

A gravidez como um fenómeno natural, costuma evoluir de forma fisiológica e com um resultado final favorável, tanto para a mulher como para o filho. No entanto, há uma

percentagem de grávidas que apresentam fatores de risco que interferem com o desenvolvimento normal do feto, do parto e da transição para a maternidade (Silva, 2013).

Segundo a OMS os fatores de risco podem entender-se como “qualquer característica ou circunstância ligada a uma pessoa ou grupo de pessoas, que se saiba estar associada a um risco anormal de existência ou de evolução de um processo mórbido ou de exposição especial a tal processo”. As situações de risco englobam distúrbios de saúde, como são: as doenças; os fatores sócio-económicos (como a pobreza, a violência de gênero ou o abuso de substâncias psico-ativas); disfunções relacionadas com a idade (como a gravidez na adolescência ou a gravidez em idade avançada). Esses fatores de alto risco, muitas vezes, são condições prévias à gravidez ou surgem ou se agravam durante a mesma (Brandem, 2000). Assim, este grupo de gestantes precisa de uma assistência pré-natal mais particular e uma vigilância mais pormenorizada, com o objetivo de eliminar comorbilidades, diminuindo a mortalidade materna e fetal.

A gestação de alto risco é vivenciada pela mulher com muita ansiedade, devido às complicações e ao medo relativamente à perda da criança, também influenciada pela culpa por não conduzir a gravidez de um modo normal e pela sensação de descontrolo sobre o seu próprio corpo e gravidez (Silva, 2013).

Na gestação patológica, a mulher sofre alterações bruscas e complexas que em conjunto com as mudanças próprias da gravidez, agravam o seu estado de equilíbrio. Durante este período, as vivências ou os preconceitos podem afetar a saúde da mulher e acarretar dificuldades ao processo de gravidez. O desconhecimento das mulheres sobre as respostas do organismo, geralmente incapacita-as para lidar com as suas respetivas alterações (Silva, 2013). Desta forma, verificou-se a necessidade de, às gestantes internadas, serem dadas informações sobre a sua patologia, e a eventual evolução dos sintomas para minimizar a ansiedade.

Assim, foi possível prestar cuidados especializados a grávidas em contexto de internamento com os seguintes diagnósticos médicos: Pielonefrite, Infecção urinária, Colectase da gravidez, Diabetes gestacional, Pré-Eclampsia, Insuficiência cervical, Oligoâmios, Restrição de Crescimento Fetal (RCF), Alterações da fluxometria e Ameaça de Parto Pré-Termo (APPT).

Também se prestaram cuidados especializados a utentes com cesariana eletiva, visto que estas utentes dão entrada no serviço, no dia anterior, e os cuidados de enfermagem são realizados até ao momento de serem transferidas para o bloco de partos operatório.

Relativamente às grávidas com cesariana programada, no momento da admissão, era-lhes mostrado o serviço, assim como à pessoa que a acompanhasse. Posteriormente, era-lhe mostrado o seu quarto, o armário, a cama, fornecida a pulseira de identificação e o horário de visitas para o acompanhante. A gestante internada veste a roupa do serviço e é-lhe pedida a restrição alimentar durante 12 horas antes da intervenção.

Antes da intervenção cirúrgica era puncionado um acesso venoso periférico de grande calibre para a administração de medicação. Entretanto, realizava-se uma avaliação inicial a fim de completar o processo clínico, onde eram questionadas sobre: os antecedentes pessoais; a história obstétrica; os hábitos de vida; as alergias; as intolerâncias alimentares; a participação nas aulas de preparação para o parto; os conhecimentos sobre a amamentação; o desejo de amamentar e se a gravidez era planeada.

A maioria destas mulheres estavam ligeiramente nervosas, ante a perspectiva de cesariana. Assim, era-lhes explicado o desenvolvimento do processo, procurando-se através duma relação terapêutica, reduzir a ansiedade. Neste momento, tiravam-se as principais dúvidas que normalmente eram colocadas: o local e o tipo de incisão; o tempo de recuperação e o tipo de anestesia. No caso da pesquisa do Streptococo B, realizada às 35 semanas de gestação, ser positiva, administrava-se antibioterapia com Ampicilina de 4 em 4 horas, até à realização da cirurgia. As intervenções realizadas, no imediato, antes da transferência para o bloco cirúrgico, era a depilação da zona supra-púbica e o banho com sabão antibacteriológico específico da unidade.

Em relação às grávidas com patologia associada, internadas na unidade, o acolhimento era realizado de forma semelhante às utentes com cesariana programada. Apresentava-se o serviço à gestante e ao acompanhante, o quarto onde ficaria alocada e o armário para os objetos pessoais. Era ainda colocada a pulseira de identificação da utente. Posteriormente, realizava-se a avaliação inicial para completar os registos do processo clínico que permitiam ter uma abordagem geral da grávida, tais como: os antecedentes pessoais; a história obstétrica; os hábitos de vida; as alergias; as intolerâncias alimentares; a participação nas aulas de preparação para o parto; os conhecimentos sobre a amamentação; o desejo de amamentar e se a gravidez era planeada.

Por protocolo do serviço, abria-se no programa de registos, o processo de enfermagem, que servia para estruturar e organizar as intervenções, considerando os diagnósticos de enfermagem, bem como os diagnósticos médicos. Assim, a aquisição e o desenvolvimento

de competências durante o módulo, as intervenções desenvolvidas nesta área, não passaram apenas por realizar as intervenções resultantes de prescrição, mas foram realizadas intervenções autónomas. Para isso, era importante compreender o significado que as mulheres atribuíam ao internamento, no sentido de responder às suas necessidades individuais e proporcionar uma experiência positiva. Foi realizada uma comunicação terapêutica com as mulheres, de forma a esclarecer-lhes as dúvidas, as inquietudes, os medos. As preocupações observadas com mais frequência estavam relacionadas com: o desenvolvimento da sua patologia; o resultado final da gravidez; a segurança de seu futuro filho; o prolongamento do internamento e a angústia da separação de outros filhos, casal ou família.

Relativamente à comunicação, foi promovida uma relação empática com as utentes/família, antes de realizar qualquer intervenção ou cuidado prestado, ou seja, pretendia-se estabelecer primeiro uma relação terapêutica com a utente e família/conviventes/pessoa significativa, de forma a fornecer o apoio, o conforto e uma relação de confiança.

De forma contínua também se vigiava os aspetos que informavam sobre o estado clínico geral da grávida como: a monitorização de sinais vitais; o estado da pele e mucosas e colocavam-se questões sobre eventuais preocupações com o seu estado geral (os desconfortos, as dores, o padrão de eliminação vesical e intestinal e o estado psicológico).

Relativamente ao bem estar fetal fetal vigiava-se: a Frequência Cardíaca Fetal (FCF); a contagem de movimentos fetais e a quantidade e as características do líquido amniótico, caso houvesse rutura de membranas (em pensos higiénicos, previamente colocados para a sua avaliação).

A apreciação dos dados da (FCF) é fundamental para decidir as intervenções, de forma a detetar problemas que possam causar eventuais complicações graves (Brandem, 2000). A auscultação da FCF foi realizada mediante um estetoscópio de ultra - sons e o estetoscópio de Pinard. Estes foram auscultados a partir das 10-12 semanas de gestação com o dispositivo de ultra sons e a partir das 20 semanas com o estetoscópio de Pinard. A monitorização realizou-se através da Cardiotograma (CTG), sem contudo perder a prática do estetoscópio de Pinard para a auscultação dos batimentos cardíacos fetais em conjunto com a monitorização com CTG.

Para auscultar a FCF, em primeiro lugar, procurava-se o foco de auscultação, ou seja, o local do abdômen da mulher grávida em que a FCF é ouvida com maior intensidade (Brandem,

2000). Nem sempre foi uma tarefa fácil, encontrar o foco para a auscultação dos FCF, depende da idade gestacional, da posição fetal e da morfologia da mulher. Mulheres com aumento de peso ou que apresentavam uma grande camada adiposa, a nível abdominal, dificultava a realização das manobras de Leopold para localizar a apresentação, a posição e o foco fetal. As manobras de Leopold apresentam-se como um método, mediante a palpação do abdômen materno, para conhecer qual a posição e a apresentação do feto no útero materno. Assim, uma vez conhecida a posição e a apresentação fetal, auscultava-se a FCF com o estetoscópio de Pinard, colocando o dispositivo onde supunhamos a localização do dorso fetal, local onde os batimentos cardíacos se evidenciam com melhor intensidade (Brandem, 2000).

A monitorização com CTG é o meio mais utilizado para a avaliação/vigilância do bem-estar fetal. Esta pode realizar-se de forma contínua ou intermitente e permite avaliar além da FCF, a contratilidade uterina e os movimentos fetais (OE, 2010).

Como estudante na área da enfermagem de saúde materna, para a realização da monitorização com CTG foi necessário saberes consolidados e baseados na evidência científica, para identificar as situações de risco e prevenir as situações de sofrimento fetal. Segundo o Parecer n.º 275/2010 para o EESMO *“A interpretação do registo cardiotocográfico envolve a análise dos parâmetros obtidos permitindo a classificação do padrão do traçado”* (OE, 2010, p. 3). Esta classificação tem por base a frequência cardíaca basal do feto, a variabilidade e a reatividade e o aparecimento de desacelerações. No entanto, estes fatores têm de ser relacionados com outros, como o conhecimento profundo dos mecanismos de defesa do feto, dos efeitos dos estímulos externos no ritmo cardíaco fetal e da situação clínica de cada grávida, de forma a detectar precocemente problemas potenciais.

O CTG deve ser realizado durante 20 a 40 minutos, tempo em que possíveis alterações podem ser perceptíveis. Nesse tempo, o bem estar fetal é avaliado pela presença de sinais de reatividade como: uma linha de base da FCF entre 120 e 160 batimentos cardíacos por minuto; a existência de movimentos fetais; acelerações da frequência cardíaca de pelo menos um aumento de 15 batimentos sobre a linha de base durante pelo menos 15 segundos (Lowdermilk, 2008). A monitorização por CTG foi realizada da forma mais confortável para a grávida, uma vez que as cintas podem causar algias dorso-lombares e desconforto. Durante a monitorização por CTG permaneceu-se com cada grávida, explicou-se o procedimento e a sua duração, tendo esta sido questionada sobre a pressão abdominal

das fitas e orientada quanto ao posicionamento, garantindo-se o máximo conforto e considerando-se ainda a gestão do ambiente (luz, sons e temperatura).

A posição recomendada, especialmente durante o terceiro trimestre de gravidez, é a posição de decúbito lateral esquerdo, para evitar a síndrome de hipotensão supina, devido à diminuição da FCF por compressão da veia cava, impedindo o retorno venoso. Esta, manifesta-se com a baixa perfusão uterina, bradicardia fetal, náuseas, tonturas e hipotensão. É por isso que é necessário incentivar a mulher a permanecer na posição de decúbito lateral durante os momentos prolongados de repouso, como ocorre no momento da monitorização por CTG (Cunningham et al., 2012).

A contagem de movimentos fetais foi também uma ferramenta fundamental nas nossas atividades de vigilância, uma vez que este é um indicador de qualidade do bem-estar fetal, sendo normal a percepção de pelo menos 10 movimentos fetais em duas horas. As mulheres foram informadas sobre como proceder à contagem de movimentos fetais de forma correta. Assim, era-lhes explicado de que deveriam escolher um momento do dia no qual percebiam o feto reativo e pudessem contar os movimentos. A mulher era orientada para se colocar numa posição confortável, relaxada e a concentrar-se se nos movimentos fetais. No caso de não perceber os movimentos era aconselhada a mexer no abdómen e a ingerir algum alimento ou bebida, bem como recorrer aos serviços de saúde se os movimentos não fossem perceptíveis (Lowdermilk, 2008).

A avaliação e a monitorização do líquido amniótico é um método de avaliação do bem-estar fetal. O líquido amniótico constitui o ambiente no qual o feto vive e protege-o de danos mecânicos, permitindo-lhe também a capacidade de movimento e garantindo a homeostase térmica (Cunningham et al., 2012).

Em mulheres com Ruptura Prematura de Membranas (PRM), a monitorização de perda de líquido amniótico foi uma das principais vigilâncias. A RPM é descrita como a ruptura da bolsa amniótica, antes do início do trabalho de parto, e nos casos em que se manifeste antes da 37 semanas de gestação, pode antecipar o final da gravidez (Lowdermilk, 2008). Nestas situações, foi necessário avaliar as características do líquido amniótico, tais como: a cor, o odor e a quantidade. Além disso, os cuidados de enfermagem perante as situações de grávidas com perda foram: a prevenção e o controle de infeção; a vigilância de hipertermia; a avaliação dos sinais vitais; a monitorização pelo CTG e a contagem de movimentos fetais. O fluido amniótico é examinado para prevenir ou excluir a presença de uma infeção uterina (corioamniotite), sendo fornecidas fraldas à mulher ou pensos

higiênicos para avaliar suas características. De acordo com Cunningham et al, (2012, p. 852), *“O líquido amniótico tornou-se componente de avaliação de gestação de risco de morte fetal, o que se baseia na justificativa de que a menor perfusão uteroplacentária pode levar a diminuição do fluxo sanguíneo renal fetal, menor produção de urina e, por fim oligodramnia”* que pode conduzir a alterações fetais tão graves como a restrição de crescimento fetal.

No acompanhamento de mulheres com gravidez com complicações, durante o internamento, também foram desenvolvidos cuidados relativos ao seu bem-estar promovendo-se a camaradagem entre as utentes, como fator positivo na adaptação ao ambiente hospitalar, fomentando-se um clima facilitador com uma escuta ativa e empática, promovendo-se ainda a atividade mental mediante atividades de lazer, tais como: utilizar o computador, navegar pela internet, para fazer as compras precisas para a chegada do filho, mediante compra on-line, jogar videojogos, receber visitas, ler livros, revistas, ver televisão (filmes, séries, telejornal) ou escrever.

Seguidamente apresentam-se duas das patologias mais frequentes e vivenciadas no internamento, a Hipertensão Arterial Materna (HTA) e a Ameaça de Parto Pré-termo (APPT), bem como os cuidados prestados.

Hipertensão arterial: Pré-eclampsia

A Hipertensão arterial (HTA) é uma das complicações médicas mais frequentes durante a gravidez. De acordo com a OMS afeta quase 10-12% das mulheres grávidas em todo o mundo, sendo responsável por significativas taxas de mortalidade, incapacidade e morte materno-fetal (OMS, 2014).

A distribuição desta doença tem o formato de U, sendo mais predominante em mulheres com menos de 20 anos e com mais de 40 anos de idade (Lowdermilk, 2008).

As causas destes distúrbios hipertensivos são ainda desconhecidas, associam-se a um conjunto de fatores imunológicos, vasculares e genéticos, que acabam por provocar alterações na mulher e no desenvolvimento normal da gravidez, especialmente a nível da perfusão placentária. Os principais fatores de risco encontram-se associados à mulher

(nuliparidade, gravidez na adolescência, idade materna avançada, etnia afro-americana, história de pré-eclampsia em gestações anteriores ou história familiar de pré-eclampsia, tabagismo, stress) e à gravidez (gravidez múltipla, gravidez por reprodução médico assistida, malformações congénitas estruturais, anomalias cromossómicas, incompatibilidade RH (ACOG, 2002).

Mendes (2010), demonstra que a gravidez pode conduzir à HTA nas mulheres geralmente normotensas ou agudizar-se em mulheres com hipertensão crónica e estabelece quatro doenças hipertensivas da gravidez: a hipertensão crónica; a hipertensão na gravidez ; e a pré-eclampsia ou eclampsia.

Cunningham et al, (2012), explica que a hipertensão é diagnosticada quando a pressão arterial sistólica é superior a 140 mmHg ou a diastólica é superior a 90 mmHg. A síndrome hipertensiva induzida ou agravada pela gravidez, designa-se de hipertensão na gravidez, manifesta-se antes das 20 semanas de gestação. Demonstra-se através de sintomas e sinais comuns tais como: hipertensão arterial, distúrbios visuais, edema generalizado com o aumento de peso superior a 2 quilogramas ou epigastralgias.

A hipertensão gestacional desenvolve-se moderadamente em mulheres previamente normotensas. Diagnostica-se através de duas medições elevadas de pressão arterial, no mínimo, separadas por um intervalo de 4 a 6 horas, sem proteinúria e edema patológico. Podem ocorrer perturbações como a epigastralgias ou trombocitopenia, voltando à pressão arterial normal, 12 semanas após o parto (Cunningham et al, 2012).

O diagnóstico de pré-eclampsia surge em mulheres previamente normotensas com síndrome de hipertensão e presença de proteinúria, após as 20 semanas de gravidez. A proteinúria é definida pela a excreção de proteína na urina em 24 horas, superior a 300 mg (Mendes, 2010). É uma condição exclusiva de gravidez humana, desenvolvendo-se durante a mesma e desaparecendo rapidamente após o nascimento do recém-nascido (RN) e a saída da placenta (Lowdermilk, 2008).

O aparecimento de convulsões em mulheres com o diagnóstico de pré-eclampsia que não possa ser atribuído a outro diagnóstico intitula-se de eclampsia. A eclampsia grave pode provocar alterações na gravidez que colocam em risco a vida das mulheres e crianças, tais como: a disfunção hepática, a cegueira, o coma, a dispneia, as náuseas, o vómitos, o edema pulmonar ou a síndrome de HELLP (Cunningham et al, 2012). A síndrome de HELLP é uma das complicações mais comuns da pré-eclampsia, afeta entre 2 a 12% das mulheres e tem uma taxa de mortalidade elevada. De acordo com Lowdermilk, (2008), a síndrome de

HELLP caracteriza-se por distúrbio multissistémico grave em que há uma hemólise de eritrócitos, aumento das enzimas hepáticas e diminuição do número de plaquetas.

Durante o estágio prestaram-se cuidados a várias mulheres com o diagnóstico de pré-eclampsia, a maioria das quais com tratamentos curtos, resultantes do agravamento dos sintomas de hipertensão na gravidez, permanecendo sob os cuidados até que os sintomas fossem controlados. Os tratamentos mais longos foram situações resultantes da pré-eclampsia de tratamento difícil.

Neste caso, devido à gravidade destas complicações e ao risco materno-fetal, os cuidados de enfermagem foram fundamentais para manter as situações de pré-eclampsia controladas. Para levar a cabo a organização dos cuidados, o foco central foi a gestão do regime terapêutico na gravidez (ICNP, 2011). Em torno do qual foram desenvolvidas as seguintes intervenções: vigilância do bem-estar materno-fetal com monitorização contínua através CTG, uma vez por turno ou sempre que necessário; monitorização da Tensão Arterial (TA) de 4 em 4 horas, ou sempre que necessário, conforme recomendado pelo Congresso Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG): A mulher deve estar sentada com o braço à altura do coração e a braçadeira do medidor de TA deve ter o tamanho adequado ao braço da mulher. Recomenda-se sempre a medição com esfigmomanómetro, devido à sua elevada precisão em comparação com o digital (ACOG, 2002); monitorização do débito urinário, considerando-se oligúria a excreção de urina de menos de 500 ml por dia, e a avaliação da proteinúria. De acordo com a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Canadá (SOGC, 2014), a proteinúria deve ser avaliada, na urina, através de um teste (teste Combur®) de 24 horas. A excreção de proteína é considerada anormal em mulheres grávidas, quando excede as 300mg em 24 horas (SOGC, 2014); avaliação da presença de edema e a medição do peso. O edema é um sinal indicativo de diagnóstico de pré-eclampsia, aparece após longos períodos de descanso, de um modo geral pela manhã, presente no rosto e nas extremidades, especialmente nos membros inferiores. Este edema é acompanhado por um aumento de peso de cerca de 2 kg por semana (SOGC, 2014); avaliação da presença de epigastrias ou cefaleas, questionando-se a utente sobre as queixas sugestivas ao nível do estômago ou dor na cabeça ou alterações visuais; realização de ensinos, tais como: educar acerca da doença, dos sinais de alerta (cefaleias, alterações visuais, epigastrias), da gestão dos períodos de repouso, da importância de manter o tónus muscular, (mediante a movimentação dos membros inferiores no leito ou mediante

passeios no corredor), e a contagem de movimentos fetais, sendo estas intervenções autónomas e complementadas com as intervenções resultantes de prescrição.

O fármaco administrado no serviço, nestes casos, indicado para o controlo TA foi a Metildopa. Nos momentos de agudização dos sintomas com picos de TA, administrava-se Nifedipina, por via oral ou sublingual. O objetivo do tratamento foi sempre controlar os sintomas, a fim de evitar complicações mais graves.

A Ameaça de Parto Pre-termo

A Ameaça de Parto Prematuro (APPT) atualmente constitui um problema de saúde pública mundial, devido à alta incidência na população de gestantes. Segundo a OMS, o Parto Pré-Termo (PPT) afeta 9,6% dos nascimentos e é responsável por 70% de mortes neonatais e 50% das sequelas neurológicas. A necessidade imediata de intervenção obstétrica e as dificuldades relacionadas com a fisiologia, a patologia e o prognóstico, considera-se a APPT uma gravidez de alto risco (WHO, 2010).

É necessário distinguir a APPT do Trabalho de Parto Pré-Termo (TPPT). A APPT é definida como a sua ocorrência antes das 37 semanas de gestação, apresentando a utente contratilidade uterina frequente e sem impacto no colo do útero. Por outro lado, o TPPT desenvolve-se quando existem mudanças na dinâmica uterina que se manifestam com alterações da dilatação ou extinção do colo do útero e que se associa em conjunto com a com tratilidade uterina regular (OE, 2014).

A OE afirma que, apesar da quantidade de recursos médicos disponíveis, a taxa de nascimentos prematuros manteve-se estável ao longo dos últimos 40 anos. Segundo dados nacionais, a proporção é de um PPT por cada 10 partos a termo (OE, 2014).

As atitudes terapêuticas para este diagnóstico dependem da idade gestacional da mulher grávida. Assim, a prematuridade pode ser classificada como gravidez eletiva ou gravidez espontânea. A gravidez eletiva é a gravidez interrompida devido a complicações de compromisso materno-fetal surgidas de forma espontânea (Febrasgo, 2013). Segundo a OMS a prematuridade espontânea corresponde a 75% dos casos e surge do TPPT, que se pode dividir em três subcategorias: extremamente prematuro (inferior a 28 semanas de

gestação); muito prematuro (entre as 28 e 32 semanas de gestação) e prematuro moderado ou tardio (entre as 32 e 37 semanas de gestação).

O EESMO presta cuidados à mulher com esta patologia no domínio da prevenção. A verdadeira prevenção primária passa pela intervenção no período pré - concecional, mediante a promoção da saúde (Febrasgo, 2013). Segundo a DGS "Promover a saúde no período pré-concepcional é uma forma de contribuir para o sucesso da gravidez" (DGS, 2016, p. 1). Muitos dos fatores que condicionam negativamente o futuro de uma gestação, podem ser eliminados, modificados ou detetados de forma a que a grávida recorra à vigilância pré-natal de forma recorrente. No entanto, muitos dos fatores de risco não podem ser alterados, antes da gravidez, como seja: os mecanismos subjacentes da gestação (queda dos níveis de progesterona, o aumento da atividade ocitócica, os mecanismos de ativação precoce do tecido da decídua, ou a compatibilidade obstétrica) (Febrasgo, 2013). Portanto, durante a prestação de cuidados no âmbito das utentes internadas com diagnóstico de APPT foram desenvolvidas intervenções de prevenção secundária e terciária. A prevenção secundária e terciária corresponde ao reconhecimento de sinais e sintomas precoces de TPP, conhecido como APPT e tratamento terapêutico.

As grávidas com esta patologia foram avaliadas quanto ao seu estado de saúde atual, assim como à resposta emocional, face ao internamento prolongado. Para o desenvolvimento destas intervenções centramo-nos na autovigilância. Os cuidados prestados procuraram a capacitação da mulher e do companheiro sobre os sinais e sintomas do início do TPP. Neste sentido, ensinava-se sobre os sinais de alarme como: a diminuição dos movimentos fetais; a dor ou a pressão na área infra-abdominal, suprapúbica ou lombar; o aumento da frequência urinária ou da cor ou características do corrimento vaginal (Febrasgo, 2013).

As intervenções terapêuticas desenvolvidas para os casos de APPT foram resultantes de prescrição e implementadas segundo o protocolo interno do serviço. A maturação pulmonar fetal com corticosteróides, a administração de tocolíticos para reduzir a atividade uterina, a progesterona administrada como meio de manutenção da gravidez e a pesquisa de *Streptococcus* de Grupo B (SGB B).

A administração de corticóides no período pré-natal é realizada para estimular a maturação pulmonar fetal. Esta é recomendada para todas as mulheres grávidas em risco de PPT entre as 24 e as 34 semanas e 6 dias de gestação. De acordo com o Instituto Clínic de Ginecología, Obstetrícia y Neonatología (ICGON), a administração de corticosteróides diminui

significativamente a mortalidade neonatal e as sequelas dos RNs às 23 semanas de gestação, a eficácia da ação diminui nas uterinas a partir das 34 semanas de gestação (ICGON, 2014).

Os corticóides utilizados, nestes casos, são a Dexametasona e Betametasona. Durante o módulo no serviço de Materno-fetal foi prescrita exclusivamente a Dexametasona, administrada em quatro tomas com intervalos de 12 horas, segundo o protocolo da unidade (ICGON, 2014). A administração de corticosteróides é mais eficaz, após as 24 horas da sua última administração. A evidência mostra que um único ciclo de esteróides tem mais vantagens do que a repetição do ciclo, devido às complicações maternas (infecção, insuficiência supra-renal) e fetais (encerramento prematuro do canal arterial, atraso psicomotor, supressão supra-renal) (Ramirez, 2015).

A administração de tocolíticos com corticoterapia tem como objetivo a inibição das contrações uterinas, evitando o trabalho de parto até completar a maturação pulmonar fetal e/ou a neuroprofilaxia, utilizando-se o sulfato de magnésio com o objetivo de diminuir o risco neuronal e melhorar a neuroprotecção, (ICGON, 2014). A neuroprotecção fetal surgiu como resposta a casos de paralisia cerebral de RN por parto pre-termo, existindo grande evidência que o sulfato de magnésio é determinante na diminuição do risco de paralisia cerebral no RN prematuro (Castro et al, 2014). A administração de Sulfato de Magnésio, produz efeitos laterais maternos como náuseas, vômitos, cefaleias ou diaforeses (Montenegro et al, 2014). Pode realizar-se até às 32 semanas +2 dias de gestação, sendo a dose de 6 g de infusão endovenosa (dose carga) ao longo de 30 minutos e 2 g/hora por 12 horas no máximo ou até ao parto (Castro et al, 2014). De acordo com o protocolo do serviço, na administração de sulfato de magnésio cumpre-se as seguintes atividades de vigilância: monitorização da TA, FC, temperatura e frequência respiratória, monitorização e a saturação periférica de oxigénio e avaliação do bem estar fetal, através da CTG (Montenegro et al, 2014).

A administração de tocolíticos é associada ao prolongamento da gravidez até sete dias e uma redução das taxas de prematuridade. Entre os tocolíticos disponíveis no serviço, a Nifedipina foi um dos fármacos mais utilizados, sendo um tocolítico de primeira linha e com menos efeitos adversos. Na sua utilização foi realizada a monitorização dos sinais vitais da utente, pelo risco de hipotensão, pelo que se efetuava uma medição da pressão arterial pré-administração e outra avaliação pós-administração (Pacheco, 2008).

Outro dos fármacos mais prescrito foi o Atosibam, como tocolítico de segunda linha, utilizado nos casos em que não houve resposta ao tratamento anterior ou tiveram intolerância materna (Pacheco, 2008). Associadas às intervenções resultantes de prescrição eram planeadas e implementadas intervenções autónomas, tais como: a monitorizar o bem estar materno-fetal, incentivar o repouso e gerir a ansiedade materna.

Relativamente à vigilância do bem estar materno-fetal, esta realizava-se de forma contínua, mediante a avaliação dos sinais vitais, a avaliação do bem-estar geral da grávida e a avaliação do bem estar fetal, através da cardiotocografia, uma vez por turno e em situações de agravamento dos sintomas.

O repouso no leito era absoluto ou relativo, dependendo do caso clínico. O repouso absoluto nega a possibilidade de a grávida levantar-se da cama, enquanto o repouso relativo, permitia-se à utente o levantar para as atividades do autocuidado básico, como a deslocação à casa de banho. O repouso no leito tem como objetivo: aliviar a pressão sobre o colo do útero; diminuir a frequência e a intensidade das contrações uterinas e melhorar o fluxo útero-placentário (Lowdermilk, 2008).

Manter o repouso absoluto está associado a uma série de efeitos adversos sobre a saúde das mulheres, tanto física como psicológica. A nível físico provoca perda de peso, obstipação, aumento do risco de tromboembolismo, perda de tonicidade muscular e perda óssea, enquanto que psicologicamente favorece a fragilidade emocional da grávida (Lowdermilk, 2008). A vulnerabilidade psicológica é fomentada pelo desconforto postural, pela permanência contínua na cama e pela monotonia. Fruto desta monotonia, as mulheres reproduziam pensamentos recorrentes, sofrendo, devido ao desejo frustrado duma gravidez como haviam imaginado e especialmente pelo medo constante do risco de morbilidade e mortalidade de seu futuro filho (Lowdermilk, 2008).

Relativamente ao suporte emocional da mulher e família inseridas no foco de enfermagem “Ansiedade” (ICNP, 2011). Estas intervenções incluíram: encorajar a participação do companheiro, pai, pessoa significativa na gestão dos cuidados; incentivar a expressão de sentimentos entre o casal; e a gestão dos momentos de intimidade, correndo as cortinas, fornecendo um ambiente calmo e privado, na medida do possível, fortalecendo assim, a comunicação entre eles e diminuindo o estado de vulnerabilidade relativo à situação.

Alexandre, (2016) relaciona diretamente a Ansiedade com o diagnóstico de APPT, afirmando que as atitudes dos pais são influenciadas pelo preconceito que eles têm sobre

um filho prematuro. Na APPT os pais enfrentam uma criança que, na sua imaginação, é vulnerável e muito necessitada de cuidados e proteção, gerando uma resposta de descompensação em termos de stress, fator principal da ansiedade latente. O problema da ansiedade é a sua capacidade de se apresentar em diferentes formas como: uma preocupação constante; o cansaço; a dificuldade de concentração; a irritabilidade ou o desânimo (Alexandre, 2016).

Segundo Correia e Linhares (2007), a presença de altos níveis de ansiedade materna está associada ao maior número de complicações obstétricas e ao comprometimento do desenvolvimento fetal, como: o maior número de anomalias, taquicardia fetal e baixo peso. O facto da mulher grávida ter de passar largos períodos no leito, devido ao repouso relativo ou absoluto, implica que seja necessário encontrar estratégias para que a sua situação não se torne um catalisador de ansiedade. Por isso, a utilização de estratégias de relaxamento foram eficazes frente ao *stress* como o massagem, a música. O acompanhamento destas grávidas, permitiu refletir sobre as dificuldades que elas próprias revelavam, no que diz respeito aos medos, às dúvidas, à ansiedade e aos desconfortos físicos. Assim, surgiu como intervenção de enfermagem, a promoção da Esperança (ICN, 2011). Sendo uma efetiva estratégia de ação, oferecer uma perspetiva positiva relacionada com o futuro, as conversas, o intercâmbio de informação objetiva sobre o ciclo gravídico, de forma a incentivar a gravidez como uma vivência positiva.

Neste âmbito foram aconselhadas atividades de lazer que podiam ser realizadas no leito, quando a grávida estava em repouso absoluto, como: ler livros e revistas, escrever, ouvir música, usar o computador portátil, fazer ponto de cruz, receber visitas, manter horários, não abusando de grandes períodos de sono, arranjar-se, cuidando da higiene de seu corpo e cabelo com ajuda dos profissionais, de forma a que se mantivesse entretida e ativa, esquecendo os momentos de maior fragilidade. Estas atividades resultaram benéficas, porque incentivaram a convivência com as outras grávidas e com o pessoal do serviço. Assim, para além dos cuidados terapêuticos, foram desenvolvidas intervenções que tiveram como objetivos, dar apoio, educar, orientar e facilitar padrões de comportamento que permitiram ultrapassar, por vezes, situações adversas e garantir o melhor sucesso na adaptação destas gestantes.

2.2 Aquisição de competências no Trabalho de parto e parto.

O trabalho de parto (TP) compreende o conjunto de fenómenos fisiológicos conjugados harmoniosamente que, uma vez iniciados, levam à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão (Graça, 2010). Tanto o TP como o nascimento representam o final da gravidez, o início da vida extra-uterina do RN e uma mudança na vida familiar (Lowdermilk, 2008).

O TP é considerado normal quando a mulher se encontra no termo da gravidez, não existem complicações, só existe um feto com apresentação cefálica e não ultrapassa as 18 horas. Para constatar a sua evolução, observa-se a progressão das contrações uterinas, a extinção e a dilatação progressiva do colo uterino e a progressão na descida da apresentação (Lowdermilk, 2008).

Genericamente o TP pode ser dividido em quatro estádios distintos: o primeiro estágio tem início aquando da contratilidade uterina regular e termina com a dilatação e extinção completa do colo uterino; o segundo estágio compreende a fase entre a dilatação completa e a expulsão fetal; o terceiro estágio, decorre após a expulsão fetal e da placenta; o quarto e último estágio constitui o período de puerpério imediato que vai desde a expulsão da placenta até cerca de duas horas pós-parto, corresponde ao período de recuperação e restabelecimento da homeostasia (Lowdermilk, 2008).

O primeiro estágio do TP inicia-se com as primeiras contrações uterinas rítmicas e regulares, que produzem alterações cervicais e progressivas (Néné et al, 2016). Nos seus estudos, Friedman (Cit. Por Cunningham, 2011. p. 389) dividiu este período em duas fases: a fase latente e a fase ativa. A fase latente compreende o apagamento e início da dilatação, podendo durar mais de seis horas em nulíparas; seguindo-se da fase ativa que vai dos 4 cm aos 10 cm de dilatação.

A vivência do TP e parto é variável, sendo profundamente afetada pelo contexto sociocultural e pelas particularidades de cada pessoa. A experiência do parto parece, contudo, ser o evento mais significativo no ciclo de vida da mulher, sendo uma experiência familiar transformadora e repleta de sentimentos. A forma como o parto decorre e é percecionado pela mulher/casal é cada vez mais um foco de atenção dos EESMO, uma vez

que o seu impacto positivo ou negativo, pode refletir-se em várias dimensões da vida do casal. Neste contexto, o EESMO assume a responsabilidade da assistência à mulher/casal que vivencia processos de saúde/doença durante o TP e parto, seja este eutócico ou distócico, assim como ao RN saudável ou de risco. Assim, as intervenções do EESMO são realizadas de acordo com as diretrizes da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010), promovendo a segurança dos intervenientes nos seus cuidados, otimizando a saúde da mulher e facilitando a adaptação do RN à vida extra-uterina. Os cuidados planeados e implementados têm como foco de atenção a parturiente e a sua família, num processo contínuo de avaliação e de continuidade de cuidados, com o objetivo de garantir os melhores resultados e a satisfação da mulher/casal.

Deste modo, durante o módulo do Estágio: “Trabalho de parto e parto” foram prestados cuidados de enfermagem especializados às mulheres/casais e RNs, de modo a promover cuidados individualizados e significativos para os mesmos. Assim, as mulheres/casais foram acompanhados desde a admissão hospitalar, passando pela sala de observações, até à transferência para o bloco de partos e, posteriormente, para o serviço de puerpério.

A admissão de uma mulher/casal no bloco de partos do Centro Hospitalar de S. João (CHSJ) pode decorrer de duas formas distintas: do internamento hospitalar após uma avaliação no serviço de urgência de obstetrícia ou da transferência do serviço materno-fetal.

De modo a facilitar a prestação de cuidados e a organização do serviço, o bloco de partos do CHSJ encontra-se dividido em três áreas distintas, distribuídas em circuito. Em primeiro lugar situa-se a admissão, onde todas as complicações obstétricas são recebidas e avaliadas pela equipe de urgência. De seguida, encontra-se a sala de observação ou de cuidados intermédios, onde são admitidas mulheres/casais com diagnóstico de início de TP espontâneo, de indução de TP, de trabalhos de abortamento ou de mulheres/casais internados por diagnóstico de urgências obstétricas. Por fim, localiza-se a sala de partos, onde são recebidas mulheres/casais em fase ativa de TP. No bloco de partos existe ainda um bloco operatório, onde são realizados os partos distócicos por cesariana, urgentes ou programadas, assim como intervenções cirúrgicas do foro obstétrico.

Na admissão é efetuada a triagem das mulheres/casais que recorrem ao SU obstétrica, sendo registada a queixa principal da mulher/casal e avaliados todos os parâmetros que podem concorrer para a elaboração de um diagnóstico preciso, tais como: a monitorização dos sinais vitais (a pressão arterial; a frequência cardíaca e a temperatura corporal); a realização de um teste à urina (Combur®) e, quando adequado, a realização de

monitorização com CTG. É após essa avaliação individualizada que decorre uma reavaliação médica e se decide, ou não, o internamento no bloco de partos.

Ao longo do estágio, foi possível perceber que os motivos mais frequentes que levavam as grávidas e parturientes a recorrer ao serviço de urgência de obstetrícia se encontravam relacionados com: queixas algicas abdominais, sugestivas de contratilidade uterina; suspeitas de rutura de bolsa amniótica; perceção de diminuição de movimentos fetais e perdas hemáticas vaginais. Assim, foi fundamental perceber os critérios que nos permitem levantar o diagnóstico de trabalho de parto. Ao contrário de um falso trabalho de parto, no qual as contrações são esporádicas, irregulares, pouco dolorosas ou indolores e em que não se verificam alterações cervicais, num trabalho de parto efetivo verifica-se uma contratilidade uterina regular e percecionada, muitas vezes, como dolorosa pelas parturientes. A dor é predominantemente lombar e abdomino-pélvica, podendo palpar-se um útero endurecido e verificar-se a evolução da dilatação cervical (Néné et al, 2016).

Quando confirmado o diagnóstico de trabalho de parto, o internamento no bloco de partos era realizado, de acordo com o estágio do mesmo e as condições individuais de cada mulher. Assim, geralmente, as mulheres internadas em início de trabalho de parto ficavam alocadas nos cuidados intermédios, sendo acompanhadas de forma contínua de modo a terem uma maior vigilância e apoio. Neste sentido, foi considerado o seu contexto sociocultural, assegurando –se um ambiente confortavel, integrando-se a parturiente e o seu acompanhante no serviço, de modo a promover sentimentos de segurança e a sua autonomia. As instalações físicas da unidade foram, assim, apresentadas à parturiente/casal, realizando-se ainda a apresentação dos vários profissionais que iriam estar presentes, durante o seu internamento. A mulher/casal era ainda orientado sobre a utilização da campinha, do controle dos ajustes da cama, dos equipamentos que poderiam utilizar, da localização das casas de banho, dos locais onde poderia guardar as suas coisas e sobre a localização da sala de espera. Estas orientações detalhadas realizavam-se para promover a confiança e a empatia para com o local e os profissionais de saúde, assim como para diminuir a ansiedade, trasmitindo recetividade às suas necessidades e estimulando-os a serem parte ativa do processo de cuidados (Brandem, 2000).

Esta atenção ao acolhimento do casal tornou-se importante se considerarmos os estados emocionais e graus de preparação extremamente variáveis com os quais nos deparámos. Qualquer que fosse este estado ou preparação, foram realizados esforços para

proporcionar um ambiente calmo e recetivo, diminuindo assim sentimentos de *stress* e promovendo uma experiência de nascimento mais positiva (Lowdermilk, 2008).

Após o acolhimento, era realizada a avaliação inicial da parturiente em forma de entrevista, colhiam-se informações pertinentes para assegurar uma prestação de cuidados de qualidade. Segundo Lowdermilk (2008), os resultados obtidos através da avaliação da mulher/casal durante a admissão servem de orientação para a avaliação da progressão do TP pelo que, durante a realização do estágio, foi importante obter o maior número de informações possíveis, assegurando, assim, uma maior qualidade dos cuidados de enfermagem a prestar e a satisfação da mulher/casal face a esses cuidados.

Assim, era realizada a identificação da utente (o nome preferido, o nível de escolaridade e a profissão); os dados do progenitor (o nome, o contato telefónico e a idade); os antecedentes pessoais (as alergias, as patologias anteriores ou atuais, os antecedentes cirúrgicos e a medicação habitual); a historia obstétrica da parturiente; a historia familiar e as atividades de vida diária (tais como: os hábitos alimentares, o padrão de sono/repouso, o padrão de eliminação intestinal e urinário, o consumo de substâncias nocivas como o álcool, o tabaco ou outras drogas). Paralelamente, era solicitado o boletim de saúde da grávida e a consulta de informação sobre a gravidez atual, nomeadamente a vigilância da gravidez, o local onde esta era realizada, o número de consultas e o tipo de exames e análises clínicas realizadas.

De modo a compreender melhor o contexto da mulher/casal, também a componente emocional era observada, quer através das respostas do casal, quer da sua linguagem corporal. Os desconfortos percebidos, a situação sócio-económica e familiar, assim como o facto de a gravidez se planeada e/ou desejada também eram alvo da atenção durante a colheita de dados. A mulher/ casal era ainda questionada sobre a realização de aulas de preparação para o parto e parentalidade, assim como sobre o seu desejo de amamentar e sobre a realização do plano de parto.

De modo a repetir as preferências da mulher/casal, eram levantadas questões sobre as suas preferências quanto à gestão do ambiente da sala de partos (se desejava ouvir música, se a temperatura e a luminosidade eram agradáveis); as posições a adotar durante o trabalho de parto, sobre métodos farmacológicos e não farmacológicos para alívio da dor (tais como a utilização da bola de pilates, a deambulação, a massagem e o banho com recurso a chuveiro), tendo sempre em consideração as condições do serviço e o bem estar materno-fetal.

Da mesma forma, eram ainda questionadas as opções da mulher/casal relativamente ao RN, nomeadamente sobre quem gostaria de cortar o cordão umbilical, se desejavam realizar contacto pele a pele, imediatamente após o nascimento, e sobre as suas opções face à doação de células estaminais do cordão umbilical para o banco público e, nesse caso, era fornecido um questionário para preenchimento de alguns dados fundamentais.

Também a avaliação física da parturiente era realizada nesta fase da admissão ao serviço. Esta incluía não apenas a monitorização do peso corporal; da temperatura; da frequência cardíaca; da frequência respiratória e da pressão arterial, mas também do estado e integridade da pele e mucosas e da presença de edemas da face, mãos ou membros inferiores. As manobras de Leopold eram realizadas para determinar a apresentação, posição fetal e facilitar a auscultação da FCF. Quando necessário era realizada monitorização por CTG, de modo a avaliar a contratilidade uterina e o bem-estar fetal. Sempre que necessário, procedia-se ainda à realização do exame vaginal. Este exame, vulgarmente apelidado de toque vaginal, permite o acesso a informações importantes sobre a evolução do TP, permitindo ainda a comparação dos resultados obtidos ao longo do tempo. Através do exame vaginal podemos obter dados relativos à condição do colo uterino (a sua posição, extensão e dilatação); relativamente ao feto (a sua progressão, a apresentação, a variedade, a posição, a situação e a atitude) e relativamente à bolsa amniótica (integridade ou rutura). Após a rutura da bolsa amniótica torna-se ainda possível observar as características do líquido amniótico, tais como: a cor, o odor e a quantidade (Lowdermilk, 2008). Sempre que era necessário realizar o exame vaginal, era solicitado o consentimento da mulher e assegurada a sua privacidade, dignidade e conforto.

Após perceber o estado geral da parturiente e do feto, eram planeadas e realizadas algumas intervenções protocoladas no serviço do CHSJ. Assim, era solicitado à parturiente que trocasse a sua roupa por uma bata do serviço e que retirasse todas as jóias e adereços (tais como pulseiras, anéis, brincos e colares) por segurança. A ingestão de alimentos durante o TP era ainda limitada, uma vez que o TP e a administração de alguns fármacos para analgesia da dor de TP retardam o esvaziamento gástrico e relaxam o reflexo de deglutição, podendo levar ao risco de aspiração. Recomendava-se a ingestão oral de líquidos leves e em pequena quantidade, assim como cubos de gelo para manter a hidratação da mucosa oral (Brandem, 2000).

Era ainda inserido um catéter venoso periférico para garantir um acesso venoso no caso de ocorrer alguma situação emergente, na qual fosse necessária a administração imediata de

fármacos ou soroterapia. A administração contínua de soroterapia realizava-se de acordo com o protocolo da instituição e com o consentimento informado da mesma, de modo a reduzir o risco de défice de volume de líquidos relacionado com a restrição da ingestão de alimentos e aumento de perda de líquidos (Brandem, 2000).

Apesar de a evidência científica demonstrar que a realização de enemas não diminui a probabilidade de infeção perineal ou neonatal, a sua realização ainda se encontra protocolizada no CHSJ (Lowdermilk, 2008). Assim, foram efetuados ensinamentos à mulher/casal sobre a informação disponível em torno do assunto, sobre a possibilidade de realizar o enema, se assim o desejasse. Este, uma vez que este se encontra protocolado, era dada a opção ao casal de efetuar uma escolha informada. Durante a permanência no serviço foi possível perceber que, apesar de esclarecidas sobre esta intervenção, uma parte considerável das parturientes optou por realizar o enema, por se sentirem mais confortáveis com o facto de terem uma menor probabilidade de defecar durante o TP (Lowdermilk, 2008).

Para a vigilância, o acompanhamento e a avaliação da evolução do TP, avaliou-se continuamente alguns parâmetros, tais como: a FCF; a presença e características de contrações uterinas; as características do colo uterino (posição, dilatação e extinção), a rutura de membranas e, caso esta se verificasse, as características do líquido amniótico. Todas estas alterações foram continuamente registadas no partograma. O partograma é entendido como uma representação gráfica do trabalho de parto (Néné et al, 2016). Durante o estágio, este instrumento demonstrou ser um excelente recurso visual para analisar a dilatação cervical e a descida da apresentação fetal ao longo do tempo.

O preenchimento do partograma tinha início após a admissão da utente ao serviço e a avaliação inicial da parturiente incluindo: a identificação da mulher; o número de gestações e a paridade; a idade gestacional atual; as patologias associadas; o resultado da pesquisa sobre o SGB; o tipo de sangue da mulher; a data e hora da rutura de membranas (se já tivesse ocorrido); os sinais vitais; os dados obtidos através da monitorização cardiotocográfica (presença de contrações uterinas e FCF) e as condições do colo uterino.

A avaliação do bem-estar fetal é uma parte essencial dos cuidados. A CTG realiza-se com o objetivo de avaliar sistematicamente o estado fetal, mediante o registo da resposta da FCF às contrações uterinas maternas (Lowdermilk, 2008). Segundo Brandem (2000), a monitorização por CTG pode ser realizada de forma contínua/ intermitente ou interna/externa. Durante a fase latente do primeiro estágio de trabalho de parto (menos de

4 cm de dilatação), a avaliação CTG deve realizar-se de forma intermitente de 30 em 30 minutos, mas o que se verificou foi seu uso contínuo em todas as parturientes. A principal vantagem do CTG contínuo é o registo contínuo da FCF e das contrações uterinas, o que permite realizar uma vigilância exaustiva e completa, além de permitir o registo do TP para futuras situações clínicas e médico-legais. Contudo, alguns estudos demonstram que a monitorização contínua, para além de comprometer a livre deambulação da parturiente, pode levar ao aumento do número de intervenções desnecessárias, devido à subjetividade inerente da interpretação dos dados obtidos (Amorim, Souza, 2008).

Na fase activa do TP (mais de 4 cm de dilatação), a monitorização da CTG deve realizar-se de 5 em 5 minutos, tendo, no entanto, sido mantida de forma contínua e, nos casos em que se verificava frequentemente uma perda da captação da FCF, típica dos casos de obesidade materna, recorria-se a monitorização interna (Brandem, 2000).

Durante o estágio verificaram-se situações com CTG com padrão suspeito ou patológico. Nestas casos, realizavam-se intervenções que englobavam aspetos como alternância do posicionamento da parturiente, suspender a administração de ocitocina se for o caso, o aumento do débito da perfusão intravenosa ou a administração de oxigenoterapia por máscara, de acordo com os protocolos ou com a prescrição médica (Lowdermilk, 2008).

Durante o estágio vivenciaram-se alguns casos de hiperestimulação uterina resultante da administração de fármacos para a maturação/indução de TP, de modo a aumentar a contratilidade uterina. Nesses casos, suspendeu-se imediatamente a perfusão de ocitocina em curso e, com conhecimento dos EESMO tutores, administrado salbutamol segundo protocolo. O salbutamol é um tocolítico de emergência que inibe a contratilidade uterina, devendo esta perfusão administrar-se sempre com monitorização da FC materna pelo risco de taquicardia (Campos, Montenegro, Rodrigues, 2008). Com a reversão do episódio de hiperestimulação uterina e estabilização da FCF, a parturiente era tranquilizada e pedia-se para manter o repouso, mantendo-se sob vigilância materno-fetal avaliando-se a ocorrência de algum episódio de perda hemática vaginal.

A extinção e a dilatação do colo uterino, permite ao feto a passagem da cavidade uterina para a vaginal, sendo este impulsionado pela força mecânica exercida pelas fibras musculares uterinas contra o feto. O exame vaginal realizava-se no sentido de avaliar o estado do colo uterino e, através disso, uma avaliação do progresso do TP. Durante o exame vaginal, é possível obter dados referentes a diversos parâmetros, nomeadamente: a

extinção e dilatação cervical; a apresentação fetal (cefálica, pélvica ou espádua); a situação fetal (longitudinal, trasversal ou oblíqua) e a progressão fetal (Graça, 2010).

Apesar de útil na avaliação da progressão do TP, o exame vaginal é muitas vezes considerado pelas mulheres como doloroso, invasivo e suscitador de *stress*. Assim, sempre que este era necessário, eram tidas em consideração diversas recomendações, tais como: assegurada a privacidade da parturiente; utilizado material esterilizado para manter a assepsia, durante o procedimento; utilizado gel lubrificante para minimizar o desconforto e avaliada a presença de secreções e de líquido amniótico. A periodicidade deste exame, dependeu sempre das condições particulares de cada mulher, procurando-se realizar o menor número de toques possíveis, com o objetivo de minimizar o desconforto sentido pela parturiente, prevenindo ainda o risco de lacerações dos tecidos maternos, o edema de colo uterino e o aumento do risco de infecção (Brandem, 2000).

Outro aspecto avaliado durante o primeiro estágio do TP foi a descida da apresentação fetal. Para isso recorremos à avaliação através dos planos de *Hodge*, que retratam linhas imaginárias que se dividem em quatro planos de ligação anatómica, relacionando-os com o vértice da apresentação fetal (Néné et al, 2016). A avaliação deste parâmetro foi um dos aspetos que mais dificuldade suscitou ao longo do estágio, sendo apenas superado após muita prática e uma melhor compreensão da estrutura pélvica e da sua identificação através do exame vaginal.

A rutura de membranas da bolsa amniótica, ocorreu frequentemente durante o primeiro estágio do TP. No entanto, esta rutura pode ocorrer antes da mulher se encontrar efetivamente em TP, recebendo assim o nome de rutura prematura de membranas (RPM). Independentemente de a mulher referir ou não rutura de membranas, aquando do toque vaginal, era avaliada a presença de membranas íntegras ou, pelo oposto, a confirmação de rutura (Lowdermilk, 2008). Por vezes, as membranas encontram-se tão aderentes à apresentação fetal que é difícil determinar sua presença. Nestes casos, segundo Néné et al, (2016), o método utilizado para confirmar a rutura é a observação direta da saída de líquido amniótico através do orifício do colo uterino e a sua exteriorização pela vagina. Quando esta observação não permite concluir ou descartar a hipótese de rutura, avalia-se a existência de líquido amniótico no canal vaginal através da aplicação de uma tira de nitrazina que, quando em contacto com líquido amniótico, assume uma coloração azul, confirmando a rutura de membranas.

Em alguns casos, foi ponderada a realização de amniotomia, ou seja, da rutura artificial da bolsa amniótica. Este procedimento asséptico realiza-se para: *“Colocação de elétrico no escalpe interno; induzir o trabalho de parto; progressão do trabalho de parto ou quando a bolsa amniótica prolapsa para dentro da vagina, não permitindo a evolução do trabalho de parto e impedindo a descida da apresentação”* (Néné et al, 2016, p. 309). Todos os procedimentos invasivos devem ter uma indicação e não serem efetuados por rotina pelo que, num TP que esteja a evoluir sem qualquer complicação, a sua realização por rotina não é aconselhada, uma vez que existem riscos associados à sua execução, nomeadamente o risco de prolapso de cordão e alterações a nível da FCF (NICE, 2014). Quando a realização de amniotomia era considerada pertinente, procedíamos à avaliação de condições de segurança para a sua prática. Assim, avaliava-se a evolução do TP e das condições fetais. Deste modo, confirmava-se que a parturiente não tinha infeção por herpes genital ativo ou vírus da imunodeficiência humana (VIH) (Néné et al, 2016), verificava-se ainda se o feto se encontrava no nível do III plano de *Hodge*, de modo a reduzir o já referido risco de laterocidência ou prolapso do cordão umbilical. Pelo mesmo motivo, era exercida, simultaneamente, alguma pressão no fundo uterino e promovida uma saída gradual do líquido amniótico. O procedimento era realizado, sempre após explicação do mesmo às parturientes, e, com o seu consentimento informado, cumprindo uma técnica assética e recorrendo a uma pinça de amniotomia de Herf. A realização de monitorização por CTG é fundamental durante este procedimento, uma vez que nos permite avaliar o bem estar fetal.

Durante o primeiro estágio de TP, verificava-se por vezes o início da perceção de desconforto ou dor à contração uterina, pelo que os cuidados à parturiente eram individualizados, de modo a ajudar a mulher a encontrar a melhor estratégia para si, para o alívio do desconforto e para uma melhor evolução do TP. Ao longo do estágio, foi possível perceber que os métodos não farmacológicos mais adotados pelas parturientes incluíam: a deambulação; a utilização da bola de pilates; a hidroterapia, através da utilização do duche; a massagem; a musicoterapia; a utilização de jogos e a visualização de filmes. Quando a parturiente desejava, eram ainda fornecidas compressas embebidas em água fresca para aplicar na face e providenciados líquidos leves ou cubos de gelo.

Com a evolução do TP, foi possível perceber que algumas parturientes começavam a demonstrar e a verbalizar maior desconforto e dor, aquando da contração uterina. Enquanto em alguns casos essa alteração era encarada com tranquilidade e até felicidade,

por traduzirem a aproximação do nascimento, outras verbalizavam receio e ansiedade. Por vezes, nesta fase exprimiam-se sentimentos de angústia face à ideia do parto e dúvidas quanto à sua capacidade, enquanto mulher, de vivenciar o mesmo.

Assim, eram reforçados os ensinamentos sobre o TP e parto, bem como sobre as estratégias para lidar com o desconforto associado aos momentos de contração uterina. Era ainda explicado que a capacidade de lidar com esse desconforto varia de mulher para mulher, existindo diversos métodos, farmacológicos e não farmacológicos, para ajudar na sua gestão, devendo a parturiente escolher aquele que considerasse mais confortável. A inclusão do acompanhante nessas técnicas de conforto foi sempre incentivada, assim como a promoção de um ambiente calmo e adequado às preferências da mulher, uma vez que otimiza a capacidade da sua concentração e a sua capacidade para reunir os seus recursos e estratégias de *coping* (Brandem, 2000).

A utilização de técnicas de relaxamento consciente, como técnicas respiratórias ou a técnica de imaginação guiada, também podem ser utilizadas para promover o autocontrolo, a autoestima e a percepção de *empowerment* da parturiente. Nos casos em que a parturiente referia ter aprendido este tipo de técnicas nas aulas de preparação para o parto ou já as ter utilizado anteriormente, a sua utilização era incentivada.

Sempre que um acompanhante se encontrava presente, este era incluído nos cuidados prestados e incentivado a participar nas estratégias utilizadas para promover o conforto, relaxamento e alívio da dor da parturiente. O seu papel, muitas vezes, passava pelo apoio emocional e pela realização de reforços positivos através da linguagem verbal e não verbal.

A utilização do toque terapêutico também pode facilitar o relaxamento, podendo ser utilizado de acordo com as preferências da parturiente. Apesar de a realização de massagem, por exemplo, ser um método tradicional de alívio da dor, durante o trabalho de parto, alguns acompanhantes demonstravam algum receio ou dificuldade na sua realização, por não se sentirem capazes. Nestes casos, para além dos ensinamentos e instrução sobre a técnica de massagem, os acompanhantes eram ainda elucidados sobre o facto de o toque terapêutico poder consistir em gestos simples, tais como: segurar a mão da mulher, acariciar o seu corpo ou abraçá-la. A realização de massagem de contrapressão na zona inferior dorsal, também foi realizada e instruída ao acompanhante, uma vez que se trata de uma técnica simples e eficaz na promoção do conforto e bem-estar da parturiente (Lowdermilk, 2008).

Durante o estágio, verificámos que, assim como indicado na literatura, as mulheres que tinham liberdade de movimento durante o TP, tinham maior facilidade em encontrar as posições que promovessem o seu conforto. De modo a promover a deambulação, quando havia necessidade de monitorizar a mãe e o feto, esta era instruída sobre algumas posições de conforto que poderia adotar durante a monitorização, podendo alterná-las de acordo com a sua preferência. As mais realizadas demonstraram ser posições como o sentar-se inclinada para a frente; manter-se em posição de cócoras, a posição de sentada, manter-se de pé ou então em quatro apoios.

Como contra-indicações para a deambulação livre, foram considerados alguns fatores, nomeadamente: o cansaço da parturiente; a presença de hemorragia vaginal; a administração de alguns tipos de fármacos, devido aos seus efeitos materno-fetais; a suspeita de sofrimento fetal; a rutura de membranas com apresentação fetal alta e móvel (quando a apresentação não toma contato com o estreito superior, acima do primeiro plano de Hodge); o TP acelerado (Lowdermilk, 2008).

Quando a parturiente se encontrava no leito por opção ou por a deambulação não se encontrar aconselhada, esta era incentivada a privilegiar as posições em decúbito lateral, de modo a promover a circulação sanguínea materno-fetal, o conforto e o relaxamento materno, assim como a diminuição da tensão muscular e dos pontos de pressão.

Em qualquer das situações descrita, quando a parturiente referia aumento da dor, sem conseguir efetuar uma gestão eficaz com recurso aos métodos não farmacológicos, a sua situação era reavaliada, executando-se um exame vaginal, de modo a avaliar a evolução do TP e discutir com a utente qual a opção farmacológica mais indicada para a sua situação atual.

Assim, era explicado que, por exemplo, durante a fase latente de TP, a petidine é um analgésico eficaz no alívio da dor intensa ou recorrente do TP. Quando a parturiente concordava com a sua administração, esta era realizada usualmente por via intramuscular, com uma dose entre os 25 e os 100 mg, de acordo com a prescrição médica. Eram-lhe ainda explicados os seus efeitos adversos, nomeadamente a presença de náuseas, vómitos, perceção de sedação e depressão respiratória. Iniciava-se ainda monitorização por CTG, uma vez que este fármaco pode levar a diminuição da atividade uterina e da variabilidade da FCF, pelo que a monitorização cardiográfica era efetuada durante pelo menos duas horas (Néné et al, 2016).

Quando o fármaco (petidine) não surtia o efeito desejado ou a parturiente se encontrava numa fase ativa do TP, a analgesia por via epidural era discutida com a mulher.

A analgesia por via epidural é aconselhada na fase ativa do TP, uma vez que a sua administração precoce aumenta o risco de prolongamento do TP e a instrumentalização do parto (Lowdermilk, 2008). Durante o estágio teve-se a oportunidade de colaborar com a equipa de anestesia na realização deste tipo de analgesia. Assim, para além de informar e esclarecer a parturiente/casal sobre a possibilidade de realizar esta analgesia, as seguintes intervenções consistiram em: assistir o anestesista na preparação do material; ajudar no posicionamento correto da parturiente; monitorizar os sinais vitais maternos e a FCF para a vigilância de episódios de hipotensão materna ou sofrimento fetal (Néné et al., 2016).

Quando iniciada este tipo de analgesia, procedíamos de acordo com o protocolo do CHSJ. Assim, para as parturientes sob analgesia por via epidural eram consideradas as seguintes intervenções: administrar uma perfusão de soro fisiológico de 1000 ml em curso; monitorizar a utente com CTG de forma contínua; avaliar os sinais vitais de hora a hora e colocar um cateter vesical, de modo a evitar a ocorrência de retenção urinária. Apesar da analgesia por via epidural ser considerada um dos métodos mais eficazes para a redução da dor de TP, a sua utilização é muito controversa, devido ao risco de prolongamento do TP e de instrumentação do mesmo.

Como vantagens, pode referir-se: um método considerado inócuo; de grande eficácia na redução da dor; favorecendo a participação, a colaboração e a satisfação da mulher/ casal durante o TP e parto. Como principais desvantagens aponta-se: o risco de diminuição do reflexo de Ferguson (contrações reflexas); o risco de hipotensão materna; a presença de cefaleias, de náuseas ou vômitos e de retenção urinária (Graça, 2010).

O segundo estágio do TP é vulgarmente denominado por período expulsivo, iniciando-se com a dilatação cervical completa (10 cm) e a extinção total do colo uterino (100%), terminando com o nascimento do RN. Este estágio é ainda caracterizado pela realização de esforços expulsivos maternos, aquando da presença do *reflexo de Ferguson* (Rezende, 2010).

A identificação do segundo estágio do TP ocorre, como já foi referido, através do reconhecimento da dilatação completa, aquando do exame vaginal, apesar de vulgarmente existirem outros sinais indicadores desta fase do TP: a perceção e a verbalização da vontade de puxar; o aumento da produção de fluídos vaginais; a presença de tremores nas extremidades; a ocorrência de episódios de vômito e o aumento da sudorese, são alguns

dos sinais facilmente identificados nas parturientes que se encontram no segundo estágio do TP (Lowdermilk, 2008).

É durante o segundo estágio de TP que as contrações uterinas se tornam mais eficazes, impulsionando o feto, em conjunto com os esforços maternos, em direção ao canal de parto. O feto, por sua vez, vai-se posicionando através de movimentos espontâneos, adequando-se aos diâmetros pélvicos, num processo denominado por mecanismo de trabalho de parto. Assim, podemos verificar a insinuação fetal, seguida da passagem do maior diâmetro cefálico fetal pelo estreito superior; a descida e rotação interna, com descida da cabeça fetal até ao assoalho pélvico; a flexão da cabeça fetal, apoiando o occipito na sínfise púbica; e a rotação externa e restituição que após a saída da cabeça fetal faz uma rotação de 90º, direccionando a face do feto para uma das coxas da parturienta (Rezende, 2010; Lowdermilk, 2008).

A duração do segundo estágio do TP é muito variável e depende de vários fatores, tais como: da eficácia das contrações uterinas e dos esforços expulsivos maternos; da paridade da mulher; das características da pelve; do tamanho fetal, da sua apresentação e situação e do apoio percebido pela mulher da parte dos profissionais de saúde (Bradem, 2000). No entanto, a média estimada é de cerca de 57 minutos em mulheres primigestas e de 18 minutos em mulheres múltiparas. Nos casos em que se realiza analgesia por via epidural, este período pode prolongar-se por mais uma hora, quer em mulheres primíparas, quer em mulheres múltiparas. Considerando esta variabilidade no tempo de duração deste período, a decisão do tempo de espera é efetuada de acordo com a avaliação da progressão de descida, de rotação e no padrão da FCF. A presença de desacelerações tardias e as bradicardias sustentadas, são consideradas como sinais de alerta a atender durante a tomada de decisão (Néné et al., 2016). Também as situações de períodos prolongados eram comunicadas à equipe médica, seguindo-se assim as indicações de Lowdermilk (2008), que considera que um estágio superior a duas horas em mulheres primíparas ou superiores a uma hora e meia em mulheres múltiparas como anormal.

Apesar de as recomendações referirem que, durante e após uma contração uterina, deve efetuar-se uma auscultação da FCF, durante pelo menos um minuto, repetindo-se esta auscultação a cada cinco minutos, no contexto de estágio foi possível verificar que era dada a indicação de monitorização contínua a todas as parturientes (Brandem, 2000).

Apesar da monitorização contínua, a parturiente era auxiliada a encontrar e a adotar posições que a ajudassem a efetuar esforços expulsivos eficazes. Era explicado à parturiente que a sua necessidade de puxar iria alterar-se ao longo da evolução do TP, uma vez que a necessidade de realizar esforços expulsivos aumenta progressivamente, à medida que a descida do feto decorre e este comprime os nervos sacrais e obturadores. Apesar de, como já foi referido, estes esforços expulsivos traduzirem uma resposta involuntária reflexa, devido à pressão da apresentação sobre o pavimento pélvico (*Reflexos de Ferguson*), estes podem ser promovidos.

O puxo dirigido associado à manobra de Valsava, durante as contrações uterinas, foi uma prática utilizada quando as parturientes não sentiam o impulso de puxar. Existe evidência científica que indica que, com a utilização desta técnica, pode-se causar o aumento da TA materna, aumento da pressão de CO₂ e diminuição da perfusão placentária, motivos pelos quais é desaconselhada (Cooke, 2010; Lowdermilk, 2008). Assim, a parturiente era ensinada a identificar a contração uterina, com a colocação da mão sobre o abdómen para saber quando este ficava duro e, desse modo, aproveitar a contração para realizar o puxo, dizendo-lhe como puxar. A parturiente era encorajada a exercer pressão “para baixo”, contraindo os músculos abdominais, incentivando-a a realizar inspirações profundas para preencher os pulmões a cada contração, de modo a diminuir o risco de menor aporte de oxigénio através da placenta (Lowdermilk, 2008).

Quando o momento do nascimento se aproximava, seguia-se o protocolo do serviço, pelo que era solicitada a presença de outro EESMO, de modo a ficarem presentes dois elementos na sala (o responsável pelo parto e o ajudante), assim como um enfermeiro responsável pela prestação de cuidados ao RN. Nos casos em que se estava perante uma gravidez com complicações ou de um RN de risco, era contactada a equipa de neonatologia para assistir ao nascimento.

O material preparava-se, sendo ainda revistas as prescrições médicas e o plano de parto do casal. Assim, enquanto se aguardava o momento do parto, criavam-se e validavam-se as condições necessárias para que o nascimento ocorresse em segurança.

Relativamente ao material, verificava-se a presença de um campo esterelizado; de um kit de parto (com pinças e tesouras); toalhas esterelizadas devidamente aquecidas para receber o RN e um clamp para o cordão umbilical. Verificava-se ainda a presença de uma fonte de calor radiante, de lençóis aquecidos, fita métrica, material de aspiração, máscara

de oxigénio, laringoscópio com tubos endotraqueiais, fármacos de emergência, seringas e agulhas.

De modo a facilitar os esforços expulsivos maternos, as mesas de parto possuíam braçadeiras nas bordas laterais para apoiar as mãos e perneiras metálicas destinadas à sustentação dos membros inferiores durante o parto (Rezender, 2010). A posição mais utilizada pelas parturientes durante o estágio foi em decúbito dorsal com flexão máxima das coxas sobre o abdómen e abdução dos joelhos, com a intenção de aumentar o estreito inferior e favorecer a expulsão. Quando as perneiras articuladas eram utilizadas, verificava-se o alinhamento dos joelhos, devendo estes encontrarem-se em alturas equivalentes para o conforto da parturiente. Com a parturiente já posicionada, equipava-se com touca, máscara cirúrgica, bata e luvas esterilizadas. De modo a manter a técnica asséptica, eram colocados campos esterilizados, de forma a cobrir os membros inferiores e o abdómen da parturiente (Brandem, 2000).

Quando a parturiente verbalizava cansaço, desânimo ou sentimentos de angústia, esta era tranquilizada e incentivada a descansar no intervalo das contrações uterinas e a realizar os esforços expulsivos, aquando das contrações mesmas. Nesta altura, aplicava-se compressas mornas para alívio do desconforto perineal e para promover a capacidade de estiramento dos tecidos perineais (Brandem, 2000). Durante os intervalos de tempo que ocorriam entre os esforços expulsivos, era mantida a monitorização CTG contínua, de modo a identificar precocemente sinais de sofrimento fetal, sendo esta só interrompida após o nascimento.

A passagem da cabeça fetal através do anel vulvoperineal foi sempre foco de atenção, uma vez que esta, muitas vezes, leva à lesão dos tecidos maternos e a lacerações do assoalho pélvico. Durante esta fase, por vezes, verificava-se a prática da episiotomia, um procedimento que tem como objetivo facilitar o parto, reduzindo o trauma perineal. Um estudo realizado por Amorim et al., (2010), refere que a episotomia seletiva está associada a menor trauma perineal grave e menos complicações na cicatrização. Rezende, (2010), refere que a realização de uma episotomia, quando estiver indicada, tem como possíveis benefícios: evitar lesões do esfíncter anal e da mucosa retal quando exista laceração; reparação e cicatrização mais rápida do que uma laceração de grande extensão e profilaxia de graves lesões do assoalho pélvico. Contudo, cada vez mais esta prática é posta em causa, uma vez que os estudos mais atuais não a aconselham, enquanto procedimento de rotina. De facto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que a realização de

episiotomia não deve ultrapassar a taxa de 10%, de forma a restringir seu uso liberal ou rotineiro aos casos que sejam necessários.

Durante o estágio foram realizadas várias episiotomias por razões maternas ou fetais. As condições do períneo foram continuamente observadas à medida que se verificava o coroamento, com o objetivo de avaliar a necessidade de realizar a episiotomia. Quando a realização desta técnica era considerada necessária, procurava-se realizá-la antes de a apresentação distender demasiado o períneo. Realizava-se de forma médio-lateral, efetuando-se desde a fúrcula em direção às tuberosidades isquiáticas, idealmente no pico da contração uterina, de modo a diminuir a percepção de dor (Lowdermilk, 2008). Após a realização ou não da episiotomia, assistia-se à saída da cabeça do RN. A manobra de *Ritgen*, ou seja, a pressão bimanual que promove uma saída lenta e controlada da cabeça fetal, era utilizada como estratégia de proteção da musculatura perineal materna (Lowdermilk, 2008). Logo após a expulsão da cabeça, era explorada a região cervical, de modo a identificar-se a presença de circulares do cordão umbilical que, se existentes, seriam desfeitas ou seccionadas. Segundo Lowdermilk (2008), são raros os casos em que as circulares são fortes a ponto de provocarem situações de hipóxia. Em todos os casos que ocorreram durante o estágio, foi possível passar-se o cordão umbilical cuidadosamente sobre a cabeça, não havendo necessidade de efetuar a laqueação prévia do mesmo. Após a rotação externa da cabeça, realizava-se a tração da cabeça no sentido inferior (para baixo) com ambas as mãos, com o objetivo de libertar o ombro anterior, ajudando-o a passar por baixo do arco púbico. Posteriormente, era realizada uma ligeira tracção para cima, auxiliando a saída do ombro posterior (Lowdermilk, 2008). Ao longo deste momento, procurava-se controlar a expulsão do corpo fetal, de modo a evitar o trauma dos tecidos perineais. Assim, com uma das mãos a saída do RN era controlada, assim como o seu peso suportado (Lowdermilk, 2008).

Uma vez no exterior o RN era recebido e seco de forma rápida e cuidadosa com um lençol aquecido e estéril, efetuando-se a limpeza do sangue e dos fluídos corporais, especialmente na face e boca, sem retirar o vernix caseoso. Caso os pais assim o desejassem, este era imediatamente colocado em contacto pele a pele, sobre o abdómen materno, e resguardado com outro cobertor seco e quente, de forma a evitar o risco de hipotermia. Após o nascimento, assegurava-se a permeabilidade das vias respiratórias do RN. A aspiração da boca e do nariz por rotina não é necessária em RNs de termo, com líquido amniótico de características normais e que respiram e choram espontaneamente. No

entanto, nos casos em que se verificou líquido amniótico meconial, a aspiração do RN era realizada, após a expulsão e antes do contacto pele a pele (Amorim et al., 2010).

Segundo Graça (2010), apenas um por cento dos RN precisam de manobra de reanimação, sofrendo, em alguns casos, de asfixia ou de incapacidade para estabelecer uma respiração eficaz nos primeiros minutos de vida, devido a uma adaptação anormal à vida extra uterina. Após o nascimento, a hora era verificada e registada, seguindo-se uma avaliação da adaptação do RN à vida extra uterina. Esta avaliação era executada através do índice de Apgar, e era realizada no primeiro, no quinto e no décimo minuto de vida, sendo avaliados os seguintes parâmetros: frequência cardíaca, frequência respiratória, tônus muscular, cor e os reflexos, atribuindo-se pontos de acordo com a avaliação realizada ao RN. São considerados como bem adaptados à vida extra uterina os RN com Índice Apgar entre 7 e 10. Os RN com Índice de Apgar inferior a estes valores por norma eram avaliados pela equipa de pediatria e, sempre que necessário, foram alvo de cuidados especiais (Lowdermilk, 2008).

Após o nascimento procedia-se à clampagem e corte do cordão umbilical. Esta prática era realizada de acordo com o protocolo do serviço, que aconselha que se aguardem entre um a três minutos, antes de efetuar este procedimento, exceto nos casos em que o RN necessite de reanimação ou de cuidados imediatos. Esta prática é suportada pelas indicações da OMS, (2013), que entre os benefícios do clampeamento tardio do cordão umbilical refere: o aumento de reservas de ferro e menor risco de anemia infantil; a redução de hemorragia intraventricular em RN prematuros; um menor risco de sepsis infantil e uma redução de 52% das taxas de transfusões de sangue por TA baixa em RN prematuros. O corte do cordão umbilical era, sempre que possível, efetuado pela pessoa escolhida pelos pais, sendo esta intruída sobre o procedimento ao longo do mesmo.

Em alguns casos, realizou-se a colheita de sangue do cordão umbilical para determinar o grupo sanguíneo fetal (determinando assim, a existência de incompatibilidade ABO e do fator Rh), para avaliar o pH a partir do sangue do cordão umbilical e para recolher células estaminais para a sua criopreservação. Após o nascimento e de acordo com o protocolo do serviço, iniciava-se ainda uma perfusão ocitócica à puerpera, de modo a promover a contração uterina e a formação do globo de segurança Pinard.

O terceiro estágio do TP vai desde o nascimento da criança até à expulsão da placenta. O objetivo para o controlo do terceiro estágio de TP foi assistir no descolamento e na

expulsão da placenta, executando este procedimento de forma eficaz e segura (Rezende, 2010).

Segundo Rezende, (2010), o descolamento ocorre em três períodos: o descolamento da placenta, devido à contração e à retração do útero; a descida da placenta do útero até à vagina e, por fim, a sua expulsão pelo mecanismo *Schultze* ou *Duncan*. Estes mecanismos diferenciam-se através da face placentar visualizada, aquando da exteriorização da placenta. Assim, quando a expulsão ocorria com visualização da parte fetal, é atribuído o nome de mecanismo de *Schultze*. Quando, pelo contrário, surgia a face materna, este era apelidado de mecanismo de *Duncan*.

No protocolo do serviço descreve-se que a dequitação pode ocorrer até uma hora entre o nascimento e a dequitação, desde que não se verifiquem perdas hemáticas abundantes. Durante a dequitação o enfermeiro ESMO pode adotar uma postura passiva ou ativa. Quando se adota uma postura passiva, aguarda-se pacientemente pelo descolamento fisiológico da placenta, executando-se a tração do cordão umbilical, apenas quando esta se encontrava na vagina. No caso de se adotar uma atitude ativa, era administrada ocitocina para promover a contração uterina e exercida uma tração controlada do cordão umbilical (Graça, 2010). Durante o estágio, foi sempre adotada uma atitude ativa, uma vez que, segundo a OMS, (2005), a condução ativa da dequitação é a mais recomendada, dado que diminui o tempo de duração do terceiro estágio do TP e a quantidade de sangue perdida durante o mesmo.

Assim, durante o estágio, para iniciar a tração do cordão aguardavam-se os sinais de descolamento placentar, ou seja, o alongamento do cordão umbilical; o aparecimento súbito de sangue e o sinal de *Kustner*. Este sinal ocorre quando, ao exercer-se pressão supra púbica, não se observa retração do cordão umbilical (Graça, 2010). A ocorrência de retração do cordão umbilical durante esta avaliação indica o não descolamento da placenta, pelo que se deve aguardar até o sinal de *Kustner* ser positivo. Quando confirmado o descolamento, era efetuada uma tração controlada do cordão umbilical. A exteriorização da placenta era efetuada através da Manobra de Dublin, na qual se efetua uma torção axial da placenta, de forma a que as membranas desta se desprendam de forma completa, diminuindo assim o seu risco de retenção ou laceração (Graça, 2010).

Após o dequite, a placenta era avaliada, verificando-se: a sua integridade; o estado das membranas; o local de inserção do cordão umbilical (central, lateral ou marginal); o número de vasos existente no cordão umbilical, (duas artérias e uma veia, envolvidos por

uma substância gelatinosa, a chamada geleia de Wharton) (Graça, 2010). No final, era registado em notas do parto o mecanismo pelo qual a dequitação ocorreu, as características placentares e do cordão umbilical, o peso da placenta e, em caso de indicação médica, o seu envio para análise.

Durante todo este processo e especialmente após a dequitação, a puérpera era avaliada, dando-se especial atenção aos sinais de alteração dos níveis de consciência ou alteração respiratória. Isto porque, devido às mudanças cardiovasculares que ocorrem (o aumento da pressão intracraniana da parturiente durante o esforço expulsivo e as variações do débito cardíaco), este momento apresenta um maior risco de embolia pulmonar, de rutura de aneurismas pré-existentes ou de lipotimias. Segundo Lowdermilk (2008), a incidência destas possíveis complicações é reduzida, mas a puérpera deve ser vigiada de modo a detetar precocemente (Lowdermilk, 2008).

O quarto estágio do TP dura em média duas horas após a expulsão da placenta. É conhecido como o período de recuperação imediata e constitui um período crítico para puérpera e para o RN. Neste momento, além da recuperação física, a puérpera e o RN iniciam o seu primeiro contacto e conhecimento, sendo essencial assegurar a privacidade e o conforto da tríade, promovendo as ligações mãe/pai-filho. É ainda um período de grande atenção a sinais de possíveis complicações, pelo que se deve manter uma vigilância adequada, de modo a detetar sinais de alarme (Lowdermilk, 2008).

Após a dequitação, o canal de parto era examinado, de modo a garantir que não se verificava a retenção de fragmentos placentares ou de membranas. Durante esta revisão, era ainda avaliada a eventual presença de lacerações do colo uterino ou das paredes vaginais, procedendo-se posteriormente à sua correção através de sutura (Rezende, 2010). Nos casos em que se realizava a episiotomia, era necessário proceder à sua correção, ou seja, à realização de episiorrafia. Este procedimento foi um dos que mais dificuldades suscitou nos primeiros dias de estágio, mas que, com o decorrer do tempo e a sua prática, se tornou mais fácil de executar.

Após as lacerações ou a episiotomia serem corrigidas, a área vulvar era limpa com água e sabão para maior conforto da puérpera. De seguida, esta era assistida a vestir-se com a sua roupa, sendo posicionada de forma a promover o seu conforto e descanso.

Enquanto este processo era realizado, o RN era avaliado fisicamente. Os parâmetros antropométricos (peso, comprimento e perímetro cefálico) eram registados, assim como

administrada a pomada oftálmica para profilaxia ocular e a vitamina K intramuscular no vasto lateral esquerdo do RN. Neste momento, aproveitava-se para colocar no RN a pulseira de identificação (que apresenta o nome da mãe, a data e a hora do nascimento), vestia-se a primeira roupa enquanto se preparava a puérpera. Entretanto, o RN era entregue aos cuidados do pai ou pessoa significativa da mesma. Assim que possível, a puérpera era incentivada e auxiliada a amamentar pela primeira vez.

De acordo com o protocolo do serviço, esta vigilância no bloco de partos mantinha-se durante cerca de duas horas após o parto. Durante este período, em que a homeostase se restabelece e os órgãos maternos passam pelo processo de reajustamento para o estado não gravídico, a puérpera era avaliada, prestando-se especial atenção ao risco de hemorragia pós-parto. Esta complicação é uma das causas mais comuns de mortalidade materna a nível mundial, ocorrendo principalmente, devido a situações de atonia ou hipotonia uterina. A perda de mais de 500 ml de sangue pode levar ao risco de choque hipovolémico (Castelo et al., 2011).

Durante estas primeiras duas horas, após o nascimento, a perda hemática vaginal era avaliada com regularidade, assim como os sinais vitais, a contração e involução uterina. O aleitamento materno precoce era incentivado, uma vez que promove a contração uterina e diminui o risco de hemorragia. Durante a amamentação eram ainda propiciadas intervenções que favorecessem a vinculação mãe-filho, realizando-se o contato pele a pele e evitando-se separações ou interrupções desnecessárias.

Eram ainda efetuados ensinamentos sobre o aleitamento materno na primeira hora de vida, seguindo-se as orientações da OMS, uma vez que este reduz o risco de mortalidade neonatal, parece promover o sucesso da amamentação a longo prazo, diminui o risco de hemorragia materna e promove ligação mãe-filho.

Após as duas horas de puerpério imediato terminarem, a puérpera alimentava-se e, caso tolerasse a alimentação e não se tivesse verificado nenhuma complicação durante a sua permanência no serviço, o casal e o RN eram transferidos para o serviço de puerpério acompanhados por uma EESMO e uma assistente operacional, sendo anexadas ao processo clínico as informações recolhidas no bloco de partos. Assim, na transferência comunicava-se à Enfermeira do Serviço de Puerpério as seguintes informações: identificação da puérpera e acompanhante, antecedentes pessoais de relevância (grupo sanguíneo, alergias, doenças, SGB), tipo e hora de rutura de membranas, processo de TP e analgesia, tipo de parto e hora, estado do canal de parto, evolução de pós parto imediato (estado uterino perda

sanguínea, início de alimentação, micção espontânea), identificação do RN, o índice Apgar, os dados antropométricos, o estado geral, a hora da última mamada.

2.2.1. Enfermagem Baseada na Evidência: O contacto precoce pele a pele mãe–recém-nascido e a amamentação

Ao longo do percurso formativo, foram várias as temáticas que levaram à necessidade de procura de informação científica atual que suportasse a prática em contexto de estágio. A promoção do contacto pele a pele (CPP) materno, imediatamente após o nascimento, e a sua associação com a amamentação foi uma das temáticas que suscitou o meu interesse, uma vez que foi possível observar que, muitas vezes, a prioridade de alguns profissionais era direcionada para a execução de procedimentos e não para uma assistência humanizada. Muitas vezes, o CPP precoce e a amamentação na primeira meia hora de vida não era incentivada, pretendiam dar resposta ao protocolo assistencial e não às necessidades específicas da mãe e RN. Assim, estas intervenções ocorriam muitas vezes tardiamente, estabelecendo-se o primeiro contacto entre a mãe e o RN, apenas após a prestação dos cuidados imediatos à mãe e RN. A observação destas práticas fez emergir, assim, a seguinte questão de investigação: “Qual é a influência do CPP mãe-RN no sucesso da amamentação. Assim, de modo a dar resposta a esta questão e a perceber qual a evidência científica atual mais recente, face à pertinência da promoção do CPP precoce para o sucesso da amamentação, realizou-se uma revisão da literatura.

O texto que seguidamente se apresenta foi construído com base em publicações científicas referentes ao tema, mobilizando os conhecimentos teóricos com suporte na prática baseada na evidência. Esta investigação pretende problematizar/questionar as práticas, contribuindo dessa forma, para a excelência dos cuidados. Com o objetivo de suportar uma prática baseada na evidência, a pesquisa efetuada foi realizada através das bases de dados de *Scielo*, o motor de busca da *PubMed* e as bases de dados da plataforma *EBSCOhost* da ESEP, entre os meses de junho e agosto do ano 2017.

2.2.1.1 Introdução ao Problema

Apesar de o parto ser considerado um processo natural e fisiológico, na nossa sociedade e nas últimas décadas, este tem vindo a tornar-se quase exclusivamente hospitalar, com alta incidência de intervenções médicas. Em muitos casos, essas práticas têm levado a despersonalizar e desumanizar a atenção ao nascimento, quer para a mulher, quer para o RN e para a família. O uso indiscriminado de luzes intensas, ruídos e vozes desadequadas aos desejos da parturiente, o apressar de rotinas intermináveis que resultam da dinâmica assistencial hospitalar, são exemplos de situações que perturbam o decorrer natural do trabalho de parto e parto, alterando o seu significado e valor. Neste contexto, os EESMO assumem um compromisso para garantir a segurança e o bem-estar de mães, pais e RN, devendo devolver-lhes o papel de protagonistas do seu próprio parto (Sanchez et al, 2014). O CPP do RN com a sua mãe após o parto foi, durante séculos, um costume comum nas diferentes culturas, tornando-se uma forma natural de proteção ao RN, assim como uma primeira manifestação de afeto e a forma de reconhecimento mútuo entre mãe e filho. Na cultura ocidental esta prática realizou-se até que a assistência ao parto foi institucionalizada e as mulheres internadas no hospital para ter os seus filhos.

Apesar de termos assistido a uma redução significativa das taxas de morbilidade e mortalidade materna e infantil, melhorando a qualidade de vida da população, mas levando a um afastamento da família e do suporte social da parturiente. Sobre este aspeto, Raies et al., (2012), referem que as experiências ancestrais que rodeiam o nascimento de uma criança devem ser relembradas, retornando certas práticas mais naturais sem descuidar o controle sobre os possíveis riscos que poderiam levar a complicações materno-fetais.

A promoção do contacto físico, imediatamente após o nascimento, é considerada uma prioridade na prestação de cuidados humanizados. Esta perspetiva tem como principal objetivo um acolhimento suave do RN, minimizando o impacto da transição do mundo intra-uterino para o extra-uterino.

Odent, (Cit. Feitosa, Pereira e Campos, 2014. p.121) foi um dos autores que estudou o tema do amor e a criação de vínculos afetivos, considerando os primeiros minutos de vida do RN como um *“período sensível”*, curto e crucial que nunca será repetido. Odent, defende que este primeiro período influencia fortemente o estabelecimento do vínculo mãe-filho, que os etologistas qualificam de *“protótipo de todas as formas de amor”*.

O nascimento supõe um momento de enorme carga de *stress* para o RN. Durante toda a sua vida fetal, a grávida oferece ao feto o *habitat* que este precisa para a sua sobrevivência e desenvolvimento (Romero, 2013). Com o nascimento, o RN muda de ambiente aquático para um ambiente aéreo-terrestre, sofre alterações na sua circulação sanguínea, no seu modo de respirar, na sua regulação de temperatura e fica exposto a imensos estímulos ópticos, acústicos e tácticos encontrando-se “nu” e “indefeso” contra qualquer tipo de intervenção, sendo muito fina a linha que separa os estímulos das “agressões” sensoriais (Sanchez et al., 2014).

O elevado nível de cortisol presente na circulação no parto e no pós-parto, pode ser contraposto através da promoção de um contacto precoce entre a mãe e o RN e pelo início da amamentação após o nascimento, devido à estimulação do sistema parasimpático (nervo vago) do RN e ao aumento da produção de ocitocina materna (hormona do amor). Deste modo, irá decorrer um maior relaxamento na mãe e no RN, favorecendo a interação entre ambos e a própria amamentação. Romero, (2013), relembra que se a saúde mental do adulto está baseada na saúde mental durante a infância, pelo que é necessário cuidar da mesma desde o primeiro momento, incluindo na primeira hora após o nascimento.

O CPP precoce entre a mãe e o RN é visto como uma forma de dar continuidade ao ambiente em que este se encontrava no útero materno: um ambiente com uma temperatura adequada, com o cheiro da mãe e com o som da sua voz e dos seus batimentos cardíacos.

O estudo do impacto do CPP pode fundamentar-se não apenas no estudo do Homem, mas também de todos os outros mamíferos que, após o nascimento, se encontram dependentes do seu *habitat* para sobreviver. Nestes casos em concreto, podemos considerar o corpo da mãe como esse *habitat*, uma vez que é o seu corpo que vai proporcionar o calor, o alimento, a proteção e a interação que garante a sobrevivência das suas crias (Almeida e Filho, 2004).

A investigação tem vindo a demonstrar que os RN que não beneficiam do CPP após o parto apresentam um comportamento mais instável, chorando de forma violenta o que, por sua vez, leva a um aumento da pressão pulmonar e à diminuição dos níveis de oxigénio no sangue. Da mesma forma, leva a um aumento do ritmo cardíaco, respiratório e da pressão sanguínea cerebral, podendo levar a alterações nos capilares cerebrais. A libertação de cortisol associada ao instinto de luta ou fuga, associa-se a um aumento da libertação de

somastatina, uma hormona antagonista da hormona do crescimento que, quando atua a nível intestinal, reduz a absorção dos alimentos e afeta o desenvolvimento. Estas hormonas do stress mantêm-se elevadas enquanto a separação do RN e da sua mãe se mantém, permanecendo em circulação até 30 minutos depois de o CPP ser finalmente iniciado ou restabelecido (Romero, 2013).

Sendo o RN humano considerado um “*feto externo*” durante os primeiros nove meses após o parto, fase em que ainda se encontra totalmente dependente da sua mãe para proteção e sobrevivência (Almeida e Filho, 2004), é essencial que nas primeiras horas de vida o RN e a sua mãe criem uma vinculação afetiva que estimule os seus sentidos e um contacto corporal íntimo que dê resposta às suas necessidades de protecção e nutrição durante este período (Romero, 2013). Sendo o órgão sensorial primário do RN a pele e a experiência tátil parte fundamental do seu desenvolvimento, o CPP precoce apresenta-se como uma forma de reduzir o efeito traumático da separação desencadeado pelo nascimento (Melo e Weffort, 2011). Também a audição do RN, que após o nascimento e com a saída do líquido amniótico do canal auricular, se torna semelhante à de um adulto, pelo que os sustos e sobressaltos são intensos e frequentes. Está demonstrado que os sons a baixa frequência como os batimentos cardíacos ou as canções de embalar levam a uma reação positiva do RN. Verifica-se uma sensibilidade precoce à voz humana e o reconhecimento da voz da mãe entre as vozes de várias mulheres aos três dias após o nascimento (Ameida e Filho, 2004). Apesar de a visão do RN ainda ser imatura, sendo que os seus olhos só se conseguem fixar em objetos móveis ou brilhantes que se encontrem até 20 cm de distância, Almeida e Filho (2004) realçam que na primeira hora de vida o RN apresenta uma maior capacidade para se fixar em movimentos coordenados que nos dias subsequentes, estabelecendo desde o início o mamilo como uma figura de estrutura circular, pigmentada, localizada no meio da aréola, servindo como um marcador visual para o bebé. Nesta primeira hora, encontra-se em estado de alerta, com os olhos abertos, atento e com os reflexos de busca, procura e sucção aguçada, sendo este o melhor momento para interagir com a sua mãe. Num primeiro momento o RN pode não sugar efetivamente a mama ou nem conseguir abocanhá-la, mas será ele a decidir quando realizar a primeira mamada, que em média ocorre aos 40 minutos de vida (Melo e Weffort, 2011).

Ameida e Filho (2004) descrevem a pega como o movimento peristáltico da língua que aperta o tecido mamário sobre o palato duro. Quando o mamilo toca o palato duro, a língua do RN exerce movimentos ondulatórios, fazendo uma compressão rítmica que “ordena” os seios lactíferos até trazer o leite à cavidade oral.

Melo e Weffort (2011, p. 59), expõem que “O CPP a pele, olho a olho, ouvir a voz e as batidas do coração materno é necessário para construir o vínculo mãe-filho, acalmar o RN e aliviar o trauma da separação e da primeira entrada de ar nos pulmões”. Pelo que constitui uma ótima oportunidade para a mãe-pai-filho trocarem os seus primeiros olhares e iniciar a amamentação. Logo o RN entrará em estado de sonolência que dificultará a aprendizagem da pega, pelo que o aproveitamento daquela primeira hora de reatividade é essencial (Almeida e Filho, 2004).

Os benefícios do CPP para o RN e de uma sucção/amamentação precoce parecem ser: um aquecimento mais rápido e uma melhor regulação da temperatura corporal; uma redução dos períodos de choro; uma diminuição dos níveis de *stress*; uma menor perda de energia; uma melhor estabilização da frequência cardíaca e respiratória; uma melhor adaptação metabólica à vida extrauterina; a manutenção dos níveis de glicose na circulação sanguínea e a proliferação das bactérias do corpo da mãe pelo seu intestino, assim como uma maior facilidade em iniciar a amamentação (Melo e Weffort, 2011 p. 60). Em simultâneo, parece desencadear na puérpera: sentimentos de autoconfiança; o estabelecimento de sentimentos afetivos entre mãe e RN; maior facilidade na dequitação e a diminuição do risco de hemorragia pós parto (Melo e Weffort, 2011 p. 60).

A OMS/UNICEF, (2008), na sua publicação: *"Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno"* descreve as práticas que devem ser desenvolvidas nas maternidades para apoiar o aleitamento materno. Neste texto podemos encontrar *"Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia-hora após o nascimento"*, devendo para isto *"Colocar os bebês em contato pele-a-pele com suas mães imediatamente após o parto durante pelo menos uma hora e encorajar as mães a reconhecerem quando os seus bebês estão prontos para mamarem oferecendo ajuda, se necessário"*.

Alguns hábitos protocolados nos serviços hospitalares levam ao adiamento deste primeiro encontro entre mãe-filho, nomeadamente intervenções relacionadas com a receção do RN e no seu cuidado imediato. Dentro destas intervenções, podemos nomear: receber o RN na posição de trendelemburg; secar, limpar as secreções, e avaliar o RN; realizar o exame físico; verificar os dados antropométricos, entre outros.

Também o parto distócico por cesariana pode ser uma causa do adiamento deste primeiro encontro entre mãe/ filho. A cesariana é responsável pela diminuição do estado de alerta do RN após o nascimento, associada ao tipo de analgesia utilizada durante o parto e o seu

efeito na puérpera influenciam a disposição da mãe e do RN para o estabelecimento de um CPP eficaz (Matos et al., 2010).

Nos casos em que o contacto precoce não pode ser proporcionado, devido à necessidade de cuidados especializados ao RN, após a avaliação neonatal decorrentes de uma não adaptação à vida extra-uterina ou cuidados maternos decorrentes de alguma situação de urgência, este deve ser estabelecido logo que a mãe-filho se encontrem em condições físicas e emocionais adequadas, ou pode ser substituído pelo pai.

2.2.1.2 Metodologia

Em consequência da quantidade e da complexidade de informações existentes no âmbito desta problemática, foi necessário recorrer a técnicas capazes de estruturar a pesquisa científica e construir etapas metodológicas que clarificassem os dados obtidos e servissem de guia para desenvolver este processo. Assim, a investigação tem um papel fundamental no estabelecimento de uma base científica orientadora da prática de cuidados, devendo os profissionais regerem-se por uma prática baseada na evidência (PBE) (Sousa, 2011).

A PBE é um recurso fundamental para uma melhor tomada de decisões para a prática clínica. Segundo Pereira et al., (2012), a PBE afigura-se como *“Uma forma coerente, segura e organizada de estabelecer práticas profissionais que, em regra, assumir-se-ão como as mais adequadas, com previsível garantia dos melhores resultados e otimizando os recursos disponíveis, de acordo com a participação ativa de todos os envolvidos nos complexos processos terapêuticos e de tomada de decisão”*. Desta forma, a assistência à saúde é ancorada em fundamentos do conhecimento científico, prévio, o que se traduzirá num desempenho mais eficiente e com resultados de qualidade.

Existem diversas abordagens para o estudo de um determinado fenómeno, dependendo do que se quer evidenciar e do modo como se quer realizar esse estudo. No processo de PBE são fundamentais métodos que indiquem o curso da revisão, os quais permitem a pesquisa, a avaliação crítica e a construção das evidências disponíveis do tema a investigar. A PBE, compreende a definição de um problema, a pesquisa da evidência disponível, a avaliação crítica das evidências encontradas, na sua implementação e a na avaliação dos resultados (Mendes et al., 2008).

Para a realização desta investigação de natureza qualitativa e de modo a dar resposta ao problema abordado, foi escolhida como metodologia a revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa é um dos recursos utilizados na incorporação de evidência científica na prática clínica, permitindo reconhecer as maiores fontes de produção sobre um determinado tema, as contribuições mais relevantes para a prática, a separação de opiniões e mitos dos factos científicos e a descrição do conhecimento na atualidade (Roman et al., 1998).

Para a realização de uma revisão integrativa de literatura devem ser delineados os objetivos e a hipótese que orientará a pesquisa científica. Seguidamente procede-se a uma exploração primária para encontrar e quantificar os estudos existentes sobre o tema a explorar. Esses estudos devem ser posteriormente avaliados, de modo a identificar se têm as características necessárias para serem incluídos no estudo. Os dados extraídos dos estudos selecionados deverão ser analisados e interpretados para as formulações das conclusões (Mendes et al., 2008).

A realização da presente revisão integrativa foi baseada no referencial de Mendes, Silveira e Galvão (2008). Estes autores defendem um padrão de rigor metodológico direcionado à construção de um saber crítico assente em seis etapas: *“1. Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2. Estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão dos estudos, amostra e pesquisa na literatura; 3. Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos mesmos; 4. Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5. Interpretação dos resultados; 6. Apresentação da revisão / síntese do conhecimento”*.

A primeira etapa *“Identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa”*, inicia-se com a definição de um problema e a formulação de uma hipótese ou questão de interesse. Mendes et al., (2008), consideram esta etapa como norteadora para a condução de um estudo bem elaborado. Assim, a questão de partida deve ser formulada de forma clara e precisa, seguindo um raciocínio teórico, baseado na prática clínica e com relevância para a enfermagem. Deve incluir a definição dos participantes, o fenómeno que vai ser o objeto de estudo e a condição do estudo (Mendes et al., 2008).

Como já foi referido anteriormente, a escolha do CPP no sucesso da amamentação surgiu de questões levantadas ao longo do estágio na prática assistencial durante o pós-parto

imediatamente. Para a realização da presente revisão integrativa formulou-se a seguinte questão de partida: “Qual é a influência do CPP mãe-RN no sucesso da amamentação?”.

Como palavras chave foram definidos os termos “Skin to skin”, “contact”, “Breastfeeding”, “Breast-feeding”, “Lactation”, “Newborn”, “Infant”. Estas palavras chave foram introduzidas nas bases de dados utilizadas para pesquisa, recorrendo-se à linguagem booleana e intercalando os termos “AND” e “OR”.

A segunda etapa, “Estabelecimento de critérios para a inclusão e exclusão dos estudos, amostra e pesquisa na literatura”, encontra-se intimamente relacionada com a anterior. Após a escolha do tema a pesquisar, iniciou-se a pesquisa nas bases de dados de modo a identificar estudos que permitissem a realização da revisão integrativa (Mendes et al., 2008). Desta forma, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados EBSCOhost, PubMed e SciELO entre os meses de junho e agosto do ano 2017, recorrendo-se aos descritores mencionados anteriormente.

Devido à quantidade de estudos existentes, foi necessário identificar a sua pertinência para a temática em estudo. Segundo Mendes et al., (2008), o procedimento de inclusão e exclusão de artigos deve ser dirigido de acordo com os critérios previamente estabelecidos e expostos de forma transparente, uma vez que a representatividade da amostra é um indicador da profundidade e fiabilidade das conclusões finais da revisão.

Assim, para realizar esta revisão foram delineados os seguintes critérios de inclusão e exclusão que permitissem uma correta amostra dos estudos encontrados. Como critérios de inclusão foram então definidos: estudos publicados em português ou espanhol com acesso ao texto completo; no período compreendido entre 2010-2017; que abordassem o efeito do CPP na amamentação; RN a termo, vigorosos, sem problemas de saúde que pudessem interferir na amamentação; estudos que abordassem o CPP na primeira hora de pós-parto imediato.

Como critérios de exclusão definiram-se: estudos com RN com necessidade de cuidados especializados, após avaliação neonatal; estudos nos quais a mãe rejeitasse fazer CPP, bem como RN prematuros

Na terceira etapa, “Definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados e categorização dos mesmos”, o objetivo foi organizar as informações de forma concisa, construindo um banco de dados de fácil acesso e manipulação. Segundo Mendes et al.,

(2008) as informações devem abranger a amostra do estudo, os objetivos, a metodologia utilizada, os resultados e as principais conclusões de cada estudo.

Assim, a nossa pesquisa foi realizada em revistas científicas e bases de dados ligadas à área da saúde.

A pesquisa foi realizada através da plataforma EBSCOHost, biblioteca eletrônica que permitiu o acesso a múltiplas bases de dados, nomeadamente; CINAHL Plus, MEDLINE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Database of Systematic Reviews, NHS Economic Evaluation Database, Health Technology Assessments, MedicLatina, SPORT Discus, Academic Search Complete, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ERIC, Business Source Complete, NICE, bem como na Plataforma PubMed, utilizando a frase booleana: (Breastfeeding OR Breast-feeding OR Lactation) AND (Skin to Skin OR Contact) AND (Newborn OR Infant). Desta pesquisa foram identificados 59 artigos.

A pesquisa através da Plataforma Scielo, foi realizada com a seguinte frase booleana: (skin "to" skin OR contact) AND (newborn OR infant) , uma vez que não se obteve nenhum resultado com a conjugação anterior. Desta pesquisa resultaram 9 artigos.

Realizou-se uma leitura do título e do resumo dos artigos, que proporcionou uma pré-seleção de 23 estudos para leitura integral. Por último, selecionaram-se nove estudos que cumpriam os critérios de inclusão para fazer parte desta revisão integrativa.

Na quarta etapa *“Avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa”* procedeu-se à análise dos artigos selecionados. Segundo os autores, para garantir a validade da revisão, os estudos devem ser analisados detalhadamente e de forma crítica (Mendes et al., 2008). Deste modo, foi necessária uma abordagem estruturada para assegurar o rigor e a caracterização dos estudos. Assim, após a leitura exaustiva dos artigos, elaborou-se uma tabela com o objetivo de apresentar os artigos de forma esquemática e facilitadora da consulta e a compreensão dos mesmos, bem como da sua posterior análise.

Nesta tabela, (Tabela 2), é exposta a apresentação e a análise dos artigos, com a descrição das seguintes informações: Autor (es); Ano de publicação do estudo; País; Objetivo do estudo; Metodologia; Resultados; Conclusões e Nível de evidência (NE).

A avaliação crítica da validade e a relevância é realizada através da atribuição do nível de evidência de cada artigo, a fim de determinar a confiança no uso de seus resultados e fortalecer as conclusões. O nível de evidência é representado por diversos esquemas,

nomeadamente por estruturas hierárquicas. Nesta revisão bibliográfica utilizou-se a sistematização segundo Galvão, (2006). A hierarquização segundo Galvão, (2006), evidencia sete níveis, sendo o nível um, aquele com melhor evidência e o nível cinco aquele que retrata o pior nível de evidência como mostra a tabela que se apresenta, (Tabela 1).

Tabela 1: Classificação de evidências segundo Galvão, (2006).

Nível	
I	Evidências oriundas de revisão sistemática ou meta-análise de todos relevantes ensaios clínicos randomizados controlados ou provenientes de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados controlados
II	Evidências derivadas de pelo menos um ensaio clínico randomizado controlado bem delineado
III	Evidências obtidas de ensaios clínicos bem delineados sem randomização
IV	Evidências provenientes de estudos de coorte e de caso-controle bem delineados
V	Evidências originárias de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos
VI	Evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo
VII	Evidências oriundas de opinião de autoridades e/ou relatório de comitês de especialistas.

Tabela 2: Artigos selecionados para a revisão.

<i>Título/Autor/Ano/ País</i>	<i>Objetivo</i>	<i>Tipo de estudo/ Metodología</i>	<i>Resultados /Conclusões</i>	<i>N.E</i>
<p>1-Factores ambientales relacionados con la duración de la lactancia: estudio de seguimiento a 1 año.</p> <p>Garcia et al, 2015.</p> <p>España.</p>	<p>Estudar os fatores protetores e de risco relacionados com a duração da amamentação.</p>	<p>Estudo prospectivo, longitudinal.</p> <p>Método: Estudo de acompanhamento desde o nascimento até ao ano de vida de 327 RNs e das suas famílias entre 2009 e 2010.</p> <p>O seguimento foi efectuado através de contactos telefónicas após 1, 3, 6 e 12 meses. No estudo procurou-se a associação entre o CPP e outros determinantes sociodemográficos e de exposição com: A LMex (definida como amamentação exclusiva sem administração de outros fluídos nutritivos ou não nutritivos); o LMC (refere-se á combinação</p>	<p>Resultados: A duração média da LMC foi de 82 dias e a prevalência aos 6 meses foi de 15%. A prevalência de LMT aos 12 meses foi de 20%. O RR para LMC aos 6 meses na ausência de CPP foi (1,18; IC 95%: 1,08-1,28). Também existe uma associação significativa ($p<0,01$) entre o CPP e a LMT aos 12 meses. Os resultados mostram que à medida que o primeiro contacto com o RN é atrasado, a duração da LMC aos 6 meses e o LMT aos 12 meses diminuem.</p> <p>Conclusões: O CPP precoce influencia significativamente a duração da amamentação. É necessário incentivar, não só na teoria, mas também na prática, o CPP no hospital e integrar programas para a proteção da amamentação a longo prazo que incluam uma abordagem abrangente e que fortaleça</p>	<p>VI</p>

		da amamentação com fluidos não nutritivos) e a LMT(o tempo no qual ocorre alguma amamentação).	o contacto precoce no pós-parto.	
2- Prevalencia de la lactancia materna en el sector de salud del Hospital «Son LLàtzer» de Palma de Mallorca. Moll Pons et al., 2012. Espanña.	Conhecer a incidência e prevalência da amamentação nos primeiros 6 meses de vida e relacioná-la com as variáveis que predispõem o início da amamentação e a sua manutenção; as dificuldades mais frequentes e os motivos do seu abandono e / ou a introdução precoce de outros alimentos.	Estudo descritivo, transversal. Método: O estudo realizou-se através da colheita de dados retrospectivos. Os dados foram obtidos através do registo de alimentação do RN do nascimento à alta hospitalar, e da entrevista por telefone a 289 mães aos 15, 30, 90 e 180 dias pós-parto. A entrevista consistia em 31 questões sobre o período perinatal, gravidez, mãe, RN e parto e incluía as variáveis: A LMex (que inclui lactancia materna exclusivo e lactancia materna predominante com fluidos não nutritivos); LMC (lactancia materna complementar ou parcial com outros alimentos); LM (que inclui a lactancia materna exclusiva,	Resultados: Os resultados mostram que a prevalência da LMex aos 15 dias em mães que praticaram o CPP durante a primeira hora foi de 83,6%, superior àquelas que não o fizeram (56,3%). Em contraste, a prevalência de LMC entre aqueles que não apresentaram CPP foi de 43,8%, superior àquelas que fizeram (12,7%), essa associação desaparece significativamente no primeiro mês. A prevalência de LMex aos 15 dias nas mães que começaram a amamentar na primeira hora foi de 86,3%, maior do que naquelas que não o fizeram (55%) e a prevalência da LMC entre aqueles que não iniciaram o aleitamento materno na primeira hora foi de 40%, superior àquelas que iniciaram na primeira hora (11,8%). Conclusões: O CPP tem uma relação significativa	VI

		predominante e complementar); lactancia artificial.	para o estabelecimento da amamentação na primeira hora de vida. A iniciação da amamentação na primeira hora de vida favorece a prevalência da amamentação exclusiva aos 15 dias.	
3- Amamentação no período de transição neonatal em Hospital Amigo da Criança. Teles et al., 2015. Brasil.	Conhecer as taxas de amamentação no período de transição neonatal em Hospital Amigo da Criança.	Estudo quantitativo, exploratório, transversal. Método: A amostra constituiu-se de 342 duplas mãe-bebê. Realizou-se uma entrevista nas primeiras 24 horas após o parto que incluíam aspetos sociodemográficos, dados relacionados à história obstétrica e o momento/local em que a amamentação ocorreu.	Resultados: Cerca de 66,1% dos RNs realizou CPP imediatamente após o nascimento, vs 29,2% que não realizou. O CPP foi realizado com frequência mais significativa em partos vaginais que em cesarianas. A taxa de amamentação na primeira hora de vida foi de 53,2%, mostrando-se reactivo. No segundo período de transição neonatal entre a 2ª e a 3ª hora de vida, período de inatividade e repouso, foi de 20,7%. O terceiro período de transição neonatal, após a 3ª hora, 20,5% dos RNs foram amamentados, apresentando respostas mais efetivas. Conclusões: Recomenda-se que imediatamente após o parto deve realizar-se o CPP e devem ser adiados os procedimentos que separem o RN da sua mãe;	VI

			estes podem ser realizados até a sexta hora de vida do RN. O período mais favorável para que o RN inicie a amamentação decorre na 1ª hora de vida. Os resultados indicam a necessidade de adoção de estratégias de cuidado que favoreçam o contacto precoce e de capacitação dos profissionais nas maternidades quanto à adequação da amamentação ao período de transição neonatal.	
4-Asociación entre la duración del Contacto Piel a Piel y la lactancia materna Precoz con la conducta alimentaria del recién nacido. Cano et al., 2014. Peru.	Determinar a associação entre a duração do CPP e os seus efeitos sobre o comportamento alimentar do RN.	Estudo longitudinal, prospectivo e analítico. Método: Foram estudados 72 RNs que tiveram CPP para avaliar o aleitamento precoce e a conduta alimentar com base na Escala de Avaliação do Comportamento Neonatal (NBAS). Estes foram avaliados às 2, 4, 12 e 24 horas de vida.	Resultados: A duração média do CPP dos RNs estudados foi de 17,85 minutos. Verificou-se que 100% dos bebês que estavam em CPP por 30 minutos ou mais iniciaram a amamentação precocemente, entre os que tiveram menos tempo. O CPP foi associado a estado de consciência às 12 horas de nascimento ($p = 0,002$), no reflexo de sucção de 4 horas ($p = 0,007$) e 24 horas ($p = 0,004$). Houve correlação de CPP com o estado de consciência em 2 horas ($p = 0,035$) e com o comportamento alimentar do RN às 24 horas:	IV

			<p>estado de consciência ($p = 0,007$), reflexos de busca ($p = 0,001$) e sucção ($p = 0,0001$).</p> <p>Conclusões: Nos RNs estudados, verificou-se que o CPP influencia significativamente o estado de consciência do RN, dentro de 2 horas de vida e com o comportamento de alimentação, reflexo de sucção, às 4 horas e 24 horas. O CPP melhora a transição fisiológica no RN, aumenta o sucesso da primeira mamada e melhora a eficácia da mesma.</p>	
<p>5- Efecto del contacto piel con piel sobre la presencia de síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico.</p> <p>Dois et al., 2013.</p> <p>Chile.</p>	<p>Examinar a relação entre o CPP e a incidência de sintomas depressivos em mulheres grávidas com baixo risco obstétrico.</p>	<p>Estudo analítico, prospectivo.</p> <p>Método: No estudo avaliou-se a sintomatologia depressiva (SD) de 393 puérperas e a sua associação com variáveis bio-sociodemográficas e as características do CPP. A variável CPP foi considerada como o contacto do RN nu, em posição decúbito prono no peito da puérpera, coberto com um cobertor quente, que</p>	<p>Resultados: Verificou-se que a EDE às 8 semanas pós-parto detetava que 71% dos inquiridos tinham menos de 9 pontos, (o que os classifica como "sem risco de depressão"). A incidência de SD foi de 29%. Dentro desse grupo, 46,5% apresentaram entre 13 e 30 pontos, classificando-os na categoria "depressão provável" e o restante corresponde à categoria "em risco".</p> <p>Relativamente à associação da pontuação EDE com a</p>	IV

		<p>ocorreu imediatamente após o parto e pelo menos durante uma hora.</p> <p>Método: Entre as 24-48 horas pós-parto um entrevistador realizou às puérperas um questionário sobre os antecedentes bio-sociodemográficos e as características do CPP no pós-parto imediato.</p> <p>Às 8 semanas. pós-parto realizou-se um seguimento por telefone pesquisando para investigar sintomas depressivos (SD) através da Escala de Depressão de Edimburgo (EDE).</p>	<p>variável CPP, verifica-se que 33,7% das mães que não tiveram CPP efetivo tiveram 10 ou mais pontos (depressão provável). Por oposição, das mães que tiveram CPP efetivo, apenas o 18,7% tiveram 10 ou mais pontos. Dentro das dimensões estudadas nesta variável está o tempo decorrido entre o nascimento e a primeira mamada do RN. Dentro do grupo de puérperas cujos RN foram amamentados, 76,5% apresentaram $EDE \leq 9$, ou seja, nenhum risco de SD, contra 23,5% no grupo que obteve ≥ 10.</p> <p>Conclusão: O CPP no pós-parto imediato pode ser considerado como uma estratégia de intervenção precoce sobre fatores de risco modificáveis nos SD no pós-parto, pois favorece a regulação de processos adaptativos extra-uterinos, a instalação de amamentação bem-sucedida, o apego afetivo, a redução da ansiedade materna e sua maior percepção de auto-eficácia.</p>	
--	--	---	---	--

<p>6-Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida.</p> <p>Boccolini et al., 2011.</p> <p>Brasil.</p>	<p>Identificar fatores associados à amamentação na primeira hora de vida.</p>	<p>Estudo transversal.</p> <p>Método: Estudo com dados de pesquisa realizada no Rio de Janeiro, RJ, entre 1999 e 2001 para investigação da morbimortalidade perinatal com 8.397 binômios Mãe-RN. O estudo realizou-se através de uma entrevista-questionário na qual se avaliavam 26 variáveis. Outras variáveis foram obtidas através do prontuário médico.</p>	<p>Resultado: A prevalência do aleitamento materno na primeira hora de vida foi cerca de 50% menor entre os RNs com intercorrências logo após o nascimento e que não foram levados para as suas mães ainda na sala de parto e entre as mães submetidas ao parto por cesariana. O aleitamento materno entre os RNs com intercorrências imediatas após o parto (RP = 0,47; (IC99% 0,15;0,80); entre as mães que não tiveram contacto com os RNs na sala de parto (RP = 0,62; IC99% 0,29;0,95) e as que tiveram parto por cesariana (RP = 0,48; IC99% 0,24;0,72)).</p> <p>Conclusões: O facto de a mãe não ter contacto com o RN na sala de parto reduziu a prevalência de aleitamento materno na primeira hora. Esse contacto muitas vezes é adiado ou minimizado em favor das diversas rotinas, cuidados e práticas determinadas pela equipe assistencial e pelas instituições. É necessário que os profissionais desenvolvam práticas adequadas que superem as</p>	<p>VI</p>
---	---	--	--	-----------

			possíveis barreiras para a proteção e o apoio à amamentação, e que alcancem a efetividade em prolongar a duração do aleitamento materno exclusivo.	
7- El contacto precoz y su importancia en la lactancia materna frente a la cesárea. Lospaus et al., 2012 Espanha.	Verificar se o CPP em partos por cesariana promove o estabelecimento de uma amamentação eficaz.	Estudo observacional, retrospectivo. Método: Estudo realizado numa amostra de 241 mulheres. As variáveis preditoras foram: CPP, tipo de cesariana, problemas de lactação anterior, número de filhos, informação prévia sobre a amamentação, amamentação anterior, nacionalidade, idade materna e idade gestacional. A variável de resultado foi o estabelecimento de aleitamento materno. Realizou-se uma análise multivariada para investigar os diferentes fatores associados de forma independente, e assim controlar os fatores.	Resultado: Os dados obtidos na amostra do estudo confirmam que a amamentação está relacionada com o CPP entre o RN e puérpera, uma vez que como variável estatística mostra uma significancia estatística ($p > 0,05$). A probabilidade de estabelecer a amamentação em RNs que tiveram este CPP foi 2,3 vezes maior do que se não for feito. Conclusão: Os dados apresentados neste estudo reforçam a hipótese de que o CPP precoce está relacionado com a implementação bem sucedida da amamentação.	VI
8- Vivenciando o conctato pele a pele	Compreender a vivência da puérpera	Estudo descritivo-exploratório, qualitativo.	Resultados: As puérperas manifestaram que no primeiro momento realizaram-se os cuidados gerais	VI

<p>com o recém-nascido no pós-parto como um ato mecânico.</p> <p>Santos et al., 2012.</p> <p>Brasil.</p>	<p>durante o primeiro CPP com o RN no pós-parto imediato e os seus benefícios perante a amamentação.</p>	<p>Método: O estudo foi realizado numa maternidade na qual participaram 14 mulheres. Realizou-se uma colheita de dados através de entrevista semi-estruturada. As entrevistas foram realizadas em duas partes distintas: a primeira parte correspondeu à caracterização sócio- -demográfica e a segunda parte foi composta por duas questões norteadoras, sendo a primeira: “Descreva como foi para si ter CPP com seu filho depois do seu parto” e a segunda: “Como se sentiu ao realizar esse contato?”. A fim de proceder à análise dos dados empíricos foi utilizada a Teoria Fundamentada nos Dados mediante a qual se abordou a categoria “Vivenciando o contato pele a pele como um ato mecânico” e as suas três subcategorias</p>	<p>e, quando devolveram o RN, não experienciaram o verdadeiro CPP com o filho, uma vez que os profissionais da saúde utilizaram campos cirúrgicos como forma de proteger o RN da perda de calor provocada pela temperatura da sala de parto, bem como para cobrir o abdômen da mãe para evitar sujá-lo com secreções decorrentes do parto.</p> <p>Conclusões: Os dados demonstram que os RN e puérperas são separados no pós parto imediato para a realização de práticas de rotina assistencial e só posteriormente é realizado o CPP e aleitamento, ocorrendo de forma mecânica, sendo destacado apenas o contacto, obrigando a puérpera a iniciar o aleitamento materno de forma brusca e repentina sem ser respeitada sua vontade de executar ou não essa prática nem considerar este momento como um espaço de intimidade entre mãe e RN.</p>	
--	--	---	--	--

		“Incentivando só o contato”, “O contato como um ato mecânico” e “Sendo obrigada a iniciar o aleitamento materno”.		
9. Importância do Contato Precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. Feitosa et al., 2014. Brasil.	Conhecer os sentimentos maternos perante o CPP precoce com o RN e a importância desse contato para o sucesso do aleitamento materno.	Estudo exploratório, descritivo, qualitativo. Método: Para este estudo foram estudadas 12 mulheres que se encontravam no puerpério imediato. A coleta de dados realizou-se a partir de entrevistas semi-estruturadas com perguntas abertas, possibilitando aos participantes falar livremente sobre o tema.	Resultado: Nos resultados verificou-se que as mulheres que vivenciaram o CPP com os RN na sala de parto retratam sentimentos de emoção e expressões como “foi maravilhoso”, “algo inexplicável”. Todas consideraram que qualquer mãe tem o direito a passar por esta experiência nas suas vidas. Conclusão: O CPP cria sentimentos satisfatórios nas mães e sugere-se que os profissionais envolvidos no parto não devem privar as suas pacientes desse momento único de prazer, importante para o estímulo precoce de aleitamento materno.	VI

A “*Interpretação dos resultados*” é a quinta etapa e corresponde ao momento de discussão dos principais resultados obtidos. De acordo com Mendes et al., (2008), o investigador realiza a comparação dos resultados com o conhecimento teórico, a identificação de conclusões e implicações resultantes da revisão integrativa. Esta fase também é propícia a identificar “lacunas” de conhecimentos existentes e sugere caminhos para pesquisas futuras (Mendes et al., 2008).

Assim, procedeu-se à apresentação das categorias relativas aos artigos com o objetivo de dar resposta à questão de investigação.

O CPP é considerado um componente importante para a iniciação satisfatória da amamentação, além de apresentar múltiplos benefícios para a criança e para a mãe. O objetivo deste estudo foi conhecer a influência do contacto precoce na amamentação em RN de termo, vigorosos sem problemas de saúde que pudessem interferir na amamentação.

O efeito do CPP e a sua relação com a amamentação foi avaliado nos 9 artigos, procedendo-se assim à extracção das seguintes categorias: apresentadas na figura seguinte, (Figura 1).

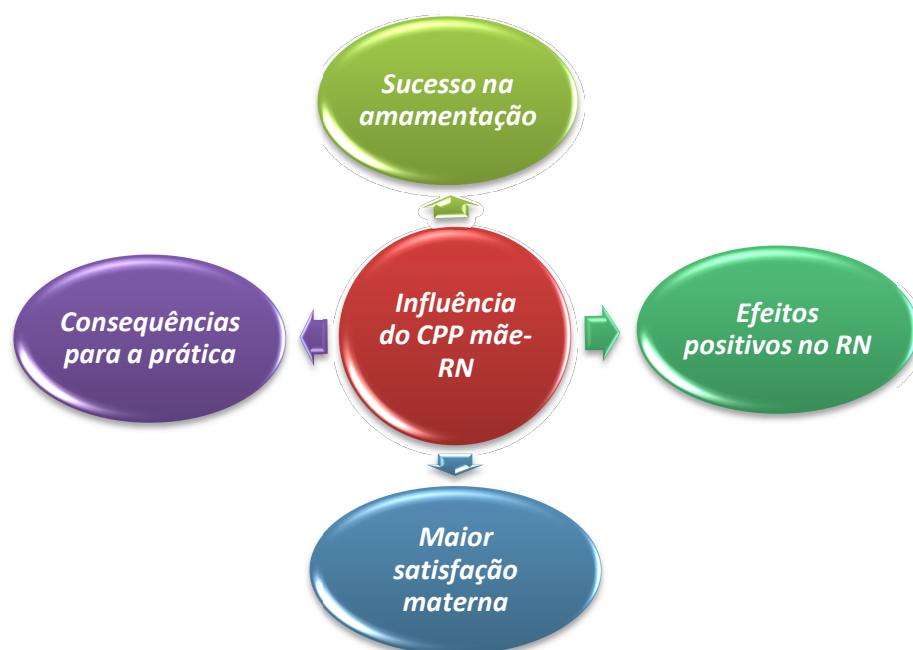


Figura 1 - Esquema representativo da influência do CPP mãe-RN na amamentação com as várias categorias.

Sucesso na amamentação

Sabe-se que a primeira mamada na primeira hora de vida do RN é de extrema relevância, uma vez que o reflexo de sucção é mais forte e eficaz, o que contribui para estabelecer uma pega apropriada. Da mesma forma, a amamentação precoce estimula a eliminação de mecónio, a produção de leite materno e a contração uterina.

De forma geral, os neonatos submetidos a CPP apresentaram maior probabilidade de realizar uma amamentação adequada. Os resultados obtiveram-se por partes de mães com diferentes nacionalidades e diferentes grupos sociais e níveis educativos. O momento para iniciar a amamentação foi variável. Além disso, verificou-se que entre as puérperas, as mães primíparas apresentaram maior insegurança para iniciar a amamentação, pelo que a assistência durante o seu início é necessária.

Estudos como Lospaus et al., (2012) verificaram que as mães estrangeiras apresentavam hábitos de amamentação 5,2 vezes superior aos das restantes mães, talvez por algumas se encontrarem desempregadas e, por isso, não serem afetadas pelo regresso à atividade laboral. Este facto também pode ser explicado por, em certas culturas, a amamentação ser considerada como parte fundamental da maternidade. De forma similar, o estudo de Garcia et al., (2015), verificou que o atraso no regresso ao trabalho constitui um fator protetor para a amamentação, com uma relação linear significativa (0,11, $p = 0,04$ e 0,24). Do mesmo modo as experiências positivas de amamentação são também fatores protetores, especialmente na duração do aleitamento materno ao ano da vida (Garcia et al., 2015).

Para avaliar os indicadores das práticas de lactação materna, o documento publicado pela OMS em 1991, forneceu um grupo de indicadores que se utilizaram para avaliar a alimentação infantil nos países e entre eles, avaliando assim os progressos na promoção da lactação materna. Gabriel et al. (2015) utilizaram estes indicadores no seu estudo, de modo a perceber os fatores relacionados com a duração da amamentação. As variáveis utilizadas foram: a lactação materna exclusiva ou completa (LMex), referente ao período de alimentação exclusiva com leite materno sem outros líquidos, nem nutritivos nem não nutritivos; A lactação materna complementar ou parcial (LMC), definida como lactação materna acompanhada de outros fluidos nutritivos; E o LMT, ou seja, o tempo em que o

leite materno é dado. Os resultados mostraram que, relativamente ao CPP e à sua influência na amamentação, o risco relativo (RR) para a LMC aos 6 meses associado à ausência de CPP foi (1,18; IC 95%: 1,08-1,28). Também se verificou uma associação significativa ($p < 0,01$) entre o CPP e a LMT aos 12 meses. Concluindo, podemos supor que à medida que o primeiro contacto materno com o RN é atrasado, a duração da LMC aos 6 meses e o LMT aos 12 meses diminui (Garcia et al, 2015).

Moll Pons et al., (2012) realizaram um estudo similar, no qual se procurava a prevalência da lactação materna aos 6 meses de vida e a sua relação com diversos fatores, entre os quais se encontrava o CPP. Neste estudo, também se utilizou como variável os indicadores de lactação materna da OMS. Os resultados mostraram que a prevalência de LMEx na alta é de 41,53% e aos 6 meses de 6,9%. A prevalência da LMEx aos 15 dias nas mães que praticavam a técnica CPP durante a primeira hora após o parto foi de 83,6%, superior àqueles que não tinham efetuado CPP (56,3%) ($p = 0,049$). Em contraste, a prevalência da amamentação parcial entre aqueles que não praticavam o CPP foi de 43,8%, maior do que naqueles que fizeram o CPP (12,7%) ($p = 0,017$). Os resultados mostram que esta associação parece desaparecer após o primeiro mês. A prevalência de LMEx aos 15 dias nas mães que começaram a amamentar na primeira hora de vida foram 86,3%, sendo superiores aos que não o fizeram (55%) ($p = 0,01$) e a prevalência da LMC entre aqueles que não iniciaram o aleitamento materno na primeira hora foi de 40%, superior aos que iniciaram na primeira hora (11,8%) ($p = 0,018$). Assim, as mães que tiveram CPP imediatamente após o parto e que iniciaram a amamentação precoce na primeira hora apresentaram aos 15 dias maior prevalência de LMEx em comparação com o aumento da média de LMC face às mães que não amamentaram na primeira hora (Moll Pons et al, 2012).

Boccolini et al., (2011) realizaram um estudo com 8397 duplas de Mãe-RN e procuraram identificar factores associados à amamentação na primeira hora de vida. Os resultados mostraram que apenas 16,1% dos RNs foi amamentado na primeira hora, apesar desta medida ser recomendada pela OMS. A prevalência do aleitamento materno na primeira hora de vida foi cerca de 50% menor entre os RNs com intercorrências logo após o nascimento, que não tiveram CPP (como é o caso das mães submetidas ao parto por cesariana). Assim, este estudo demonstrou que o facto de a mãe não ter contacto com o RN na sala de parto parece reduzir a prevalência de aleitamento materno na primeira hora, facto presente em grande prevalência em partos por cesariana. A cesariana parece ter uma influência negativa na adaptação inicial do RN à vida extrauterina, assim como na fase inicial do apego e início da lactação, interferindo no 4º passo para o sucesso de aleitamento

materno da UNICEF “colocar todo o recém-nascido saudável em contacto pele a pele com a sua mãe logo após o nascimento, durante pelo menos uma hora ou até que o bebé mame no peito por vontade própria” (OMS, 1998).

Teles et al., (2015), ressaltam que as taxas idênticas para o não CPP e as taxas de cesariana podem estar associadas. Neste estudo não foram realizados testes estatísticos que permitissem o cruzamento e comparação dos dados, contudo foi possível perceber que o CPP foi realizado com mais frequência em partos vaginais comparativamente com as cesarianas.

Da mesma forma, na investigação de Lospaus et al., (2012), realizou-se um estudo para conhecer se o CPP em partos por cesariana apoia o estabelecimento de uma amamentação favorável. A amostra foi de 241 mulheres, tendo-se realizado uma análise bivariada, na qual a existência ou não da amamentação está relacionada com vários factores (problemas na lactação anterior, número de filhos, informação prévia sobre a amamentação, amamentação anterior, nacionalidade, idade materna e idade gestacional). Os dados obtidos na amostra do estudo confirmam que a amamentação está relacionada com a realização do CPP e entre o RN e a mãe. Os dados indicam que depois de estabelecer este contacto precoce o sucesso da amamentação seja 2,336 vezes superior do que se não se realizar CPP, reforçando a teoria de que o CPP tem impacto na amamentação.

Efeitos positivos no RN

O nascimento constitui uma das situações mais *stressantes* na vida do RN, pelo que o CPP assume uma continuidade com o útero materno onde o feto estava quente, com o cheiro da sua mãe, compartilhando costumes familiares, ouvindo a sua voz e sentindo o batimento cardíaco da mesma. Segundo Dois et al. (2013), o CPP é uma intervenção e segura para a mãe e para o seu filho, e tendo um alto impacto no desenvolvimento físico e psicossocial subsequente da criança.

No artigo de Tesles et al. (2015), reconhece-se a importância de estratégias eficazes como o CPP para a estimulação do RN, desde o momento do nascimento e que facilita a amamentação na primeira hora de vida. Segundo os autores, os RNs de termo apresentam um padrão comportamental nas primeiras horas após o nascimento, denominado de

período de transição neonatal. Neste artigo foram abordadas as taxas de aleitamento materno de 342 duplas mãe-RN durante as fases iniciais do período de transição neonatal. O CPP ocorreu em 66,1 % das duplas, não havendo CPP na sala de partos em 29,2% das duplas. A amamentação na primeira hora de vida ocorreu em aproximadamente em 50% das duplas mãe-RN, período que corresponde ao de reatividade da transição neonatal. Porém, 41,2% das duplas iniciaram a primeira mamada depois da primeira hora e até à terceira hora de vida do RN, fase que compreende o período de inatividade relativa na transição neonatal. A taxa de amamentação no segundo período de transição neonatal, ou período de inatividade, que ocorre entre a segunda e a terceira hora de vida foi de 20,7% . Sobre o terceiro período de transição neonatal, 20,5% dos RN foram amamentados nesse momento. Após a terceira hora de vida, o RN poderá receber estímulos e apresentará uma resposta ligeiramente mais efetiva. Portanto, este estudo conclui através dos seus resultados as necessidades do RN em relação às distintas fases do período de transição neonatal. Isto sugere que o segundo período de reatividade, os profissionais poderão estimular a sucção e a amamentação, sendo o período mais adequado para estimular a amamentação na primeira hora de vida. Sendo a segunda e a terceira hora de vida menos apropriadas para estimular o RN, uma vez que nesta fase de adaptação neonatal o RN precisa de repouso. Este estudo conclui a necessidade de se adoptar práticas que respeitem o ciclo normal de adaptação do RN à vida extra-uterina e que favoreçam a amamentação de forma a melhorar os cuidados assistenciais.

Na mesma linha, o estudo de Cano et al. (2014) tentou conhecer a associação de CPP e a lactação materna, estudando o comportamento alimentar dos RN com CPP às 2, 4, 12 e 24 horas de vida. Os resultados mostraram que os RN que tiveram o CPP por mais de 30 minutos iniciaram o aleitamento materno mais cedo e apenas 74,19% dos que tiveram CPP por menos de 30 minutos tiveram uma lactação precoce. A avaliação da consciência às 2 e 4 horas de vida demonstrou que nos RN cujo CPP foi superior a 30 minutos apresentavam mais frequentemente um estado de alerta. Quanto ao reflexo de busca, a maioria obteve pontuação moderada, especialmente entre aqueles que tiveram um CPP de duração superior ou igual a 30 minutos às 2 e 4 horas; mas às 12 e 24 horas não se encontraram associações estatísticas. O CPP maior ou igual a 30 minutos teve uma associação estatística significativa no reflexo de sucção às 4 e 24 horas dos RN estudados. Sendo assim, os RN que permaneceram mais tempo colocados a fazer CPP parecem apresentar reflexos de busca e sucção mais desenvolvidos, favorecendo a amamentação correta e o início precoce da mesma.

Marques et al. (2014) e Feitosa et al. (2014) manifestam que o RN e a mãe estão em estado de alerta e interagem de forma natural logo após o parto, pelo que este é um momento chave para estimular os reflexos de busca e sucção. Pouco tempo após o parto o RN costuma adormecer intermitentemente o que dificulta assim o estabelecimento da amamentação.

Da mesma forma, em estudos anteriores aos desta pesquisa como o de Gómez Papi et al., (1998), sugerem que a maioria de RNs permaneceram acordados durante o período pós-parto imediato, facto que parece relacionar-se com o processo de vínculo mãe-filho estabelecido imediatamente após o nascimento. Este momento tão especial parece, contudo, ser facilmente interrompido com a menor intervenção. Em conclusão, recomenda-se a prática do CPP precoce, uma vez que este parece ser um método seguro e bem tolerado pelos RN, contribuindo para o bem-estar da mãe e da criança. Além disso, recomenda-se que o RN permaneça em CPP mais de 50 minutos, ininterruptamente para que obtenha uma temperatura corporal adequada e para que consiga realizar uma pega correcta, bem como as mamadas seguintes de forma satisfatória, contribuindo posteriormente para o sucesso da amamentação.

Maior satisfação materna

O CPP precoce estimula o aleitamento materno e a secreção de hormonas como a oxitocina (que promove a ejeção de leite) e a prolactina (que promove o apego materno, a amamentação, o relaxamento materno e o comportamento materno) (Cano et al., 2014).

O nascimento de uma criança introduz uma mudança na vida da mulher, sendo descrito como uma profunda experiência psicossocial, que coloca à prova as suas competências pessoais (Dois et al., 2013). No estudo de Feitosa et al., (2014) evidenciou-se uma satisfação materna geral nos discursos avaliados em relação à percepção do parto. As mães deste estudo eram puérperas de um parto eutócico que realizaram o CPP logo após o parto. Observou-se nos resultados que as mães entrevistadas relataram sentimentos positivos no momento do primeiro CPP com o RN, descrevendo esse momento como: “Ah, foi um momento muito esperado, de felicidade...”; “É um momento especial, não sei explicar direito, muita alegria.”; “Uma emoção muito forte”; “foi uma coisa inexplicável, nem eu sei

explicar, né?” (Feitosa et al, 2014 p. 122). Os relatos coincidem e afirmam que se tratou de uma experiência positiva que devia ser possibilitada a todas as mulheres.

No estudo de Boccolini et al. (2011) observou-se que apesar da valorização da necessidade do CPP com os RN no pós-parto imediato, produzia-se o afastamento da mãe e do RN. Segundo os autores deste estudo, esta situação gerava sentimentos de medo e preocupação por serem separadas dos seus bebês, mas também alguma valorização dessa separação, por acreditarem na importância desses cuidados para a manutenção da integridade física dos seus filhos.

Os sentimentos de ansiedade e depressão pós-parto são proeminente na atualidade, o que levou Dois et al. (2012) a estudarem a relação entre o CPP e a incidência de sintomas depressivos em mulheres grávidas com baixo risco obstétrico em 393 puerperas. Os resultados mostraram que as mães que mantiveram os seus RNs em CPP apresentaram menor estado de ansiedade ao terceiro dia após o nascimento e mais confiança sobre suas capacidades, enquanto cuidadoras comparativamente com as mães do grupo de controle que não estabeleciam CPP imediatamente após o nascimento. A análise demonstrou que o CPP e o início precoce da amamentação estão significativamente associados à ausência de sintomatologia depressiva pós-parto.

A análise dos estudos revelaram benefícios na realização do CPP, encontrando-se este associado a um maior grau de satisfação materna, gerada durante o contato, uma maior confiança para iniciar a amamentação e uma valorização do parto mais natural e humanizado. Desta forma, sugere-se o resgate da mecânica de parto, deixando de lado o excesso do intervencionismo.

Consequências para a prática

O CPP precoce é um recurso necessário para que, aproveitando o estado de alerta do RN e a sua capacidade em iniciar a amamentação correctamente, estaseja bem estabelecida. Todos os cuidados de rotina ao RN devem, deste modo, ser evitados durante a primeira hora de nascimento ou, pelo menos, até ao RN iniciar a amamentação, seguindo-se as recomendações da OMS.

No entanto, este contacto muitas vezes é adiado ou minimizado em favor das diversas rotinas, cuidados e práticas institucionais. Boccolini et al., (2011 p.70), expõem que a “ausência de fatores maternos que expliquem o desfecho, pode ser indicativo de que as mães têm pouco ou nenhum poder de decisão para amamentar seus filhos na primeira hora de vida, ficando reféns das práticas institucionais vigentes nas maternidades e dos profissionais envolvidos no parto”. Isto deve fazer-nos refletir se os sentimentos e a vontade das mães não são respeitados no momento do parto, uma vez que, nesse momento de fragilidade, a conduta profissional pode ser determinante para a amamentação ainda na sala de parto.

Segundo Santos et al., (2014), a prática obstétrica atual às vezes potencia o desempenho de um exercício profissional cheio de atuações protocolizadas e procedimentos institucionais, em detrimento de uma atenção que envolva as necessidades emocionais das mulheres no processo de parto. A organização da prática proporciona um contacto breve e apressado entre a mulher e o seu filho imediatamente após o parto, tendo em vista que os trabalhadores de saúde, necessitam cumprir normas e rotinas institucionais como são a realização dos cuidados imediatos ao RN. Face a este tipo de comportamento, algumas mães referem que: “Colocaram ela de bruços tão rápido que eu nem tive tempo de pensar no que estava acontecendo”; “Quando ele nasceu colocaram em cima de mim, de lado e todo enroladinho no pano, para sentir esse primeiro contato [...] fiquei com medo, é estranho neste primeiro momento.” (Santos et al., 2014, p. 204). Vivenciar o contato inicial desta forma, não permite às puérperas disfrutar do CPP com o seu filho. Os autores referem-se a este procedimento como um ato mecânico, afastado do seu sentido original, não tendo em consideração as condições maternas para a sua realização e não respeitando as necessidades imediatas do RN.

É necessário que os profissionais desenvolvam práticas adequadas que superem as possíveis barreiras para a proteção e o apoio à amamentação e que promovam a duração do aleitamento materno exclusivo a longo prazo (Boccolini et al., 2011). Do mesmo modo, no estudo de Feitosa, (2014), expõe-se que o CPP é da responsabilidade direta dos profissionais das salas de parto e que deve ser estimulado pelos profissionais. Sugere-se que os profissionais que prestam cuidados durante o parto e no pós-parto imediato não privem as suas utentes desse momento único de prazer, importante para o fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho. Devem ainda estar conscientes de que esse momento se torna num estímulo precoce que facilitará o aleitamento materno, devendo integrá-lo de

forma prioritária nas maternidades, não só de forma teórica, mas também na prática (Garcia et al., 2015).

A etapa final é a *“Apresentação da revisão/síntese do conhecimento”*, consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição das etapas percorridas pelo investigador e os principais resultados evidenciados na análise dos artigos incluídos (Mendes, 2008). Segundo os autores, “É um trabalho de extrema importância já que produz impacto devido ao acúmulo do conhecimento existente sobre a temática pesquisada”.

Os resultados deste estudo demonstram, em termos gerais, que o CPP prolongado durante as primeiras horas de vida imediatas ou iniciais proporcionam resultados favoráveis no aleitamento materno. Em resumo, demonstrou-se um efeito positivo estatisticamente significativo entre o início precoce, a duração e a continuação da lactação. O afastamento entre a mãe-RN ou a demora na realização do CPP, põe em risco a vinculação e a amamentação, sendo preciso evitar. Assim, também está associado a menores taxas de ansiedade e depressão materna, especialmente nas 48 horas de vida, após o nascimento, favorecendo maiores taxas de sucesso no estabelecimento da ligação afetiva mãe-filho e maior satisfação materna com a experiência do parto em si.

Quando o RN é mantido em CPP após o nascimento passa por diversas fases de comportamento que vão desde a agitação ao relaxamento e descanso, sendo estas variáveis de acordo com a fase em que o RN se encontre. O RN deve ficar em CPP com a sua mãe nas primeiras horas após o nascimento, pelo que os locais de parto devem estar preparados para favorecer uma atmosfera acolhedora, respeitosa e silenciosa, de modo a promover a auto-regulação do RN e o início do vínculo mãe-filho. Como os RN parecem depender do olfato, a lavagem da mama ou do abdômen da mãe deve ser adiada, assim como o banho do RN ou a sua separação para o pesar ou receber vacinas/ tratamentos profiláticos, uma vez que esse tipo de intervenções atrasa a adaptação do RN após o nascimento, tornando-o mais vulnerável.

No caso de partos por cesariana, existem algumas limitações geradas pelas infra-estruturas e dinâmicas hospitalares que tornam impossível a realização deste CPP em condições ótimas e, com isso, uma restrição dos benefícios para ambos. Contudo, os resultados dos estudos demonstraram como o CPP durante a cesariana é recomendado por diversos autores, melhorando a percepção da mãe sobre o parto, ajudando desta forma a mãe a viver o nascimento como uma experiência mais satisfatória, com sentimentos de confiança, iniciação precoce da amamentação e menor risco de depressão pós-parto.

Os estudos analisados mostram que muitas vezes a mãe e o RN são separados bruscamente no pós-parto imediato para a realização de cuidados rotineiros ao RN, não sendo valorizado o CPP como um espaço necessário de intimidade entre mãe-filho. Assim, realizam-se procedimentos sem o consentimento das mulheres e sem uma informação adequada, desconsiderando a parturiente como sujeita do processo de parto. A realização do CPP é efetuada de forma rápida, expondo as mulheres e os seus filhos às consequências de uma atenção impessoal, que não valoriza o aspeto individual e as necessidades que vão além do biológico.

É necessário que a equipe de saúde compreenda que o parto e o nascimento de um novo ser é um processo natural e sempre que as condições sejam ótimas para o bebé e a mãe, essa continuidade natural de contacto entre os dois não deve ser quebrada. No entanto, observou-se que o início da amamentação ocorre após a primeira hora de vida, principalmente devido a intervenções desnecessárias.

Por isso, é primordial promover nas mães a importância do CPP e o início da amamentação na primeira hora de vida, sendo elas consideradas como sujeitos ativos durante o ato, para que possam ser participantes ativos dos seus direitos em busca de uma maternidade saudável e segura.

Assim, o contato precoce deve ocorrer com todos os bebés e mulheres que tiverem condições para isso, sendo pertinente que os profissionais da saúde apoiem esta técnica, proporcionando o tempo, ambiente e o conforto necessário, afastando a interferência de práticas desnecessárias e inoportunas.

2.3. Aquisição de competências no âmbito do Autocuidado pós-parto e parentalidade.

O módulo do estágio relativo ao autocuidado pós-parto e parentalidade foi realizado no serviço de obstetrícia do CHSJ. A procura de dados científicos para apoiar as intervenções técnicas, científicas, relacionais e culturais, constituíram momentos essenciais para a aprendizagem e para dar resposta às necessidades de cuidados à puérpera-RN e família.

Segundo o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecológica (EESMOG), o enfermeiro especialista é responsável pelos cuidados à mulher integrada na família e na comunidade, durante o período pós-parto, com a finalidade de potenciar a saúde da puérpera, bem como a do RN, dando também atenção ao processo de transição para a parentalidade. Esta etapa emerge como um marco para aperfeiçoar e adquirir os conhecimentos e as competências, através da descrição crítica-reflexiva das atividades no âmbito do pós-parto (OE, 2010).

De acordo com Lowdermilk, (2008), o período pós-parto é uma etapa de transformações internas na mulher, compreendido entre a expulsão da placenta e o regresso ao seu estado pré-gestacional. Segundo o mesmo autor, pode-se denominar também este período como de “puerpério” ou de “quarto trimestre da gravidez”.

Nesta fase, o corpo da mulher passa por uma série de alterações/adaptações, sendo estas mais evidentes a nível do sistema reprodutor. Apesar de alguns autores considerarem que o puerpério se prolonga durante cerca de seis semanas, este parece ser variável de mulher para mulher, tendo um final impreciso, dependendo dos processos físicos, psicológicos e sociais que este implica (Lowdermilk, 2008).

Segundo Graça (2010), o puerpério pode ser dividido em três fases: a primeira fase, o puerpério imediato, que ocorre durante as primeiras 24 horas após o parto; a segunda fase, denominada de puerpério precoce, que ocorre até ao final da primeira semana e, por fim, a terceira e última fase, o puerpério tardio, que se prolongará até ao final da sexta semana ou até à recuperação da mulher ser estabelecida.

Durante a realização do estágio, foram prestados cuidados nas fases de puerpério imediato e no início do puerpério precoce. Se durante este período não se verificasse nenhuma complicação, tanto para a puérpera/casal como para o RN, estes tinham alta clínica.

O serviço de obstetrícia do CHSJ encontra-se na ala contígua ao serviço de Materno-Fetal, dispõe de sete quartos com três camas, um quarto com duas camas e um quarto individual, destinado a utentes que necessitem de isolamento devido a patologia.

As puérperas chegavam à unidade acompanhadas do RN cerca de duas horas após o parto, durante as quais permaneciam na sala de partos ou no bloco operatório para melhor vigilância. Em situações de complicação materna, as utentes eram mantidas na secção de recobro e eram apenas transferidas quando a situação fosse estabilizada. Relativamente aos RNs com complicações por patologia ou por prematuridade, sempre que necessário estes eram transferidos para o serviço de neonatologia.

Ao longo do estágio foi possível perceber que a maioria das puérperas, aquando do acolhimento, se apresentavam cansadas, verbalizando fadiga, sonolência e necessidade de repouso. Assim, eram desenvolvidas intervenções autónomas no sentido de gerir o ambiente, promover o bem-estar, o descanso e o relaxamento para a recuperação da puérpera. As intervenções dirigidas à mulher em cada contacto foram ainda desenvolvidas de forma a não sobrecarregar a puérpera com informações. Estas intervenções eram ainda programadas e realizadas de acordo com as necessidades reais de cada puérpera/casal, RN e família, de modo a torná-las mais eficazes e a promover a satisfação dos mesmos.

O acolhimento da puérpera e do RN, assim como do pai ou convivente significativo, decorria nas unidades de cuidados, de modo a preservar a intimidade e a privacidade da tríade. O serviço era ainda apresentado e explicado o funcionamento do mesmo, assim como os profissionais presentes no momento, de forma a facilitar a integração da puérpera/casal no serviço. Deste modo, procurava-se integrar o casal, ou a puérpera e o acompanhante por ela escolhido, procurando promover a empatia e diminuir alguma ansiedade face à estadia. O tempo disponível para as visitas, quer do pai do RN, quer das pessoas significativas, costuma ser um fator gerador de ansiedade na puérpera/família, explicava-se que o acompanhante da puérpera poderia permanecer no serviço das 11 horas às 20 horas. Este tempo alargado de visita, permite um maior acompanhamento da puérpera nesta fase de descoberta do RN, assim como a observação e a participação nos

cuidados ao mesmo. As restantes visitas poderiam permanecer no serviço entre as 18 horas e as 20 horas, sendo permitido um número máximo de três visitas por puérpera.

O acolhimento incluía ainda a avaliação do estado físico da puérpera e do RN, assim como do estado emocional da puérpera.

O processo clínico da puérpera e do RN eram consultados, uma vez que uma planificação adequada de cuidados implica a identificação de dados relevantes tanto da puérpera como do RN. No processo da puérpera eram consultados dados como: a idade; o tipo de sangue; a história obstétrica; a história da gravidez atual; a frequência das aulas de preparação para a parentalidade; o tipo de parto; a história do parto (a duração; a ocorrência de complicações; a presença de ferida cirúrgica abdominal/perineal; a presença de lacerações ou de episiotomia); a realização de analgesia/anestesia; os sinais vitais; a contração e altura uterina; as características dos lóquios e a eliminação vesical.

Relativamente ao RN consultava-se: a hora do nascimento; o sexo; o peso à nascença; o índice de Apgar; a ingestão nutricional (se foi amamentado na primeira hora de vida; a hora da última mamada e as características da mesma); se foi realizado o CPP, após o nascimento e a eliminação vesical e intestinal.

A confirmação da identificação do RN é uma norma de segurança, pelo que todos os RNs são identificados ao nascimento com uma pulseira. À sua admissão, era verificada a presença da pulseira, confirmados os dados nela presentes e os dados antropométricos. Devido ao risco de hemorragia no RN, acrescido nas primeiras horas de vida, também se procedia à verificação de uma clampagem adequada do coto umbilical.

Posteriormente, era colocada uma pulseira eletrónica e informava-se ao casal de que se tratava de um protocolo de segurança do hospital, fundamental para garantir a localização contínua do RN durante a sua permanência no hospital.

Como foi referido anteriormente, o primeiro contacto com a puérpera ocorria no puerpério imediato, uma fase na qual os órgãos maternos se encontram num processo de reajustamento ao estado não gravídico. Nesta fase de estabilização foi necessário manter uma maior vigilância face aos riscos associados a este processo.

A avaliação dos sinais vitais deve ser feita considerando os valores de referência e as alterações associadas ao puerpério. A pressão arterial, por exemplo, pode demorar cerca de quatro semanas a retornar aos valores semelhantes ao período pré-gravídico. Já na avaliação da frequência cardíaca pode verificar-se uma bradicardia transitória (50-60

bat/min) nas primeiras 12 a 48 horas após o parto. Também um aumento da temperatura corporal pode ocorrer nas primeiras 24 horas, atingindo-se valores de 38°C, consequentes a um trabalho de parto extenuante e à desidratação. Também o estado da pele e das mucosas deve ser avaliado, nomeadamente a sua coloração e a hidratação (Lowdermilk, 2008).

A palpação do útero permite avaliar a sua localização, a consistência e a sensibilidade. O processo fisiológico da hemóstase é assegurado pela retração e contração do útero. A hemóstase, nas primeiras horas, deve-se principalmente à compressão dos vasos sanguíneos do miométrio, à medida que o músculo uterino se contrai e, não apenas à agregação plaquetária e à formação de coágulos. A manutenção da contratilidade uterina promoverá a sua involução, bem como a hemóstase do local da inserção placentar (Lowdermilk, 2008). Assim, aquando da avaliação uterina, as puérperas eram instruídas e ensinadas sobre como proceder à realização da massagem do útero para promover a contratilidade uterina. Considerando que a distensão da bexiga pode contribuir para a alteração da posição uterina e dificultar a manutenção da sua contração, foi importante avaliar a eliminação vesical da puérpera, vigiando-se a primeira micção no pós-parto. Nos casos em que o parto ocorreu através de cesariana, o penso da ferida cirúrgica era avaliado, aquando da avaliação uterina.

O períneo também foi um foco de atenção, aquando da avaliação da puérpera, podendo surgir edema, hiperestesia e equimoses associadas a traumatismo perineal durante o trabalho de parto. No caso de se verificar episiorrafia ou laceração perineal, avaliava-se a ferida perineal, bem como se a puérpera referia a presença de dor. Para diminuir a percepção de dor e o edema perineal, se estes estivessem presentes, eram fornecidos pensos com gelo, sendo as puérperas instruídas a não os utilizar durante mais de 10 minutos para evitar queimaduras do tecido perineal.

A presença de hemorroidas pode decorrer da gravidez ou como consequência do esforço realizado durante o trabalho de parto e parto. De modo a diminuir o desconforto inerente a este problema e a promover a sua regressão, era incentivada a aplicação de frio no local durante os cuidados de higiene perineais, uma alimentação rica em fibras e um aumento da ingestão hídrica.

De modo a promover a relação mãe -filho, o envolvimento emocional do casal face ao RN, este era colocado num berço, perto da cama da mãe, sendo os pais incentivados a pegar e

tocar no RN. As fraldas e compressas existentes no serviço para a realização da higiene perineal do RN eram entregues aos pais.

Relativamente à ingestão de alimentos, esta variava de acordo com o tipo de parto. Enquanto as puérperas de parto vaginal iniciavam, na sua maioria, a alimentação ainda na sala de partos, as puérperas de parto distócico por cesariana só retomavam a ingestão de alimentos cerca de oito horas após a cirurgia.

A vigilância da eliminação intestinal decorria do risco de obstipação no pós-parto. Este risco encontra-se associado não apenas ao receio de defecar, que a maioria das puérperas com perineorrafias verbalizava, mas também à já referida presença de hemorroidas e consequente perceção de dor, diminuição da ingestão de alimentos sólidos durante o trabalho de parto, administração de anestésicos, diminuição da mobilidade e relaxamento da musculatura abdominal e perineal (Graça, 2010). Deste modo, quando se verificavam alterações nos padrões de eliminação intestinal das puérperas ou estas verbalizavam desconforto por não conseguirem evacuar, promoviam-se medidas que favorecessem a eliminação, tais como: o aumento da ingestão hídrica, alimentos ricos em fibras e a realização de levante precoce. Quando estas intervenções não surtiavam efeito, era avaliada a necessidade de intervenção farmacológica, sendo por vezes administrados laxantes de contacto, geralmente prescritos em SOS conforme os protocolos do serviço.

Após o parto há uma diminuição da pressão intra-abdominal, o que leva a uma dilatação dos vasos sanguíneos e a uma estase de sangue nas vísceras, o que pode contribuir para o desenvolvimento de uma hipotensão ortostática (Lowdermilk, 2008). O momento para a realização do primeiro levante da puérpera, depende do tipo de parto e ou anestesia/analgesia, e ainda das condições que a puérpera apresenta. No parto vaginal/eutócico sem analgesia o primeiro levante pode efetuar-se quatro horas após o parto. Quando se recorre a analgesia por via epidural aconselhava-se o primeiro levante cerca de 12 horas após o parto, permitindo que a puérpera recuperasse completamente a sensibilidade dos membros inferiores, de modo que a deambulação se fizesse em segurança. No parto distócico por cesariana o levante era efetuado após 24 horas do parto (Graça, 2010).

Para iniciar o primeiro levante da puérpera, os sinais vitais eram avaliados de modo a estabelecer um padrão de funcionamento na posição horizontal e avaliar a resposta cardiovascular, aquando da mudança para a posição vertical. A puérpera era ainda instruída de que o levante seria realizado de forma progressiva e na presença de uma enfermeira

após a monitorização dos sinais vitais e da avaliação do estado geral da puérpera. Quando esta reunia as condições favoráveis à realização do primeiro levante, a cabeceira da cama era elevada e, de acordo com a resposta corporal da puérpera, era levantada gradualmente. Caso esta tolerasse permanecer em posição de sentada, sem sintomas como: a sudorese, a percepção de lipotímia ou a sensação de visão turva, a pressão arterial era novamente avaliada e, quando possível, a puérpera era assistida a sentar-se na cama com os pés apoiados no chão. Quando esta se sentisse preparada para o levante, este era assistido e a utente era acompanhada na deambulação. Lowdermilk (2008), incentiva a realização de um levante e deambulação precoce, uma vez que estes são promotores de uma involução uterina eficaz e promove o funcionamento gastrointestinal, a eliminação urinária e a circulação sanguínea, diminuindo ainda a presença de edemas dos membros inferiores e o risco de trombose venosa.

Ao longo do internamento foi ainda avaliado o risco de hemorragia pós-parto. Esta é uma das maiores complicações no puerpério e pode ser identificada através de sintomas como: a taquicardia, a taquipneia, a hipotensão, as alterações da tonalidade da pele, a presença de sudorese e a perda de sangue. As causas mais frequentes de hemorragias pós-parto são a atonia uterina, a retenção de fragmentos placentários e as lacerações genitais (Graça, 2010).

A atonia uterina traduz-se numa diminuição do tônus muscular que impede a contração uterina, provocando hemorragia e a acumulação de coágulos no seu interior. Fatores como a multiparidade, hidrâmnios, a macrossomia fetal e a gestação múltipla, estão associados a um maior risco de atonia uterina, uma vez que nestes casos o útero encontra-se submetido a uma maior pressão durante a gravidez (Lowdermilk, 2008). A avaliação da altura e da posição do útero, da sua consistência e da sua involução foi fundamental para identificar precocemente sinais de atonia uterina. A frequência desta atividade diagnóstica deve ser estabelecida de acordo com diversos fatores. Nas primeiras horas após o parto, por exemplo, a avaliação da condição uterina deve ser realizada pelo menos uma vez por turno. A existência de fatores de risco como: um trabalho de parto prolongado; uma gestação gemelar; um parto instrumentado; grandes múltiparas e antecedentes de atonia uterina, determinam a necessidade de uma avaliação regular (Montenegro, 2011).

Considerando o risco de hemorragia, devido a atonia uterina, a avaliação do estado uterino era realizada assegurando a privacidade da puérpera e após o consentimento informado da mesma para realizar a intervenção. A puérpera era depois instruída de que deveria colocar-

se em decúbito dorsal no leito, com os membros inferiores ligeiramente fletidos. A palpação do útero era realizada após a confirmação de que a puérpera tinha urinado recentemente, uma vez que, quando cheia, a bexiga ocupa o espaço abdominal e desvia o útero da linha média, dificultando a sua contração. Para a avaliação da consistência uterina, deslizava-se a mão ao longo do abdômen, na direção do umbigo, exercendo uma ligeira pressão até o fundo uterino ser palpável. Quando contraído, o útero apresenta-se consistente, “tipo bola”, sendo possível observar a saída de lóquios em reduzida quantidade (Graça 2010). Quando a contração é ineficaz, o útero apresenta-se com consistência mole, de maior volume, sendo normalmente visível a perda de lóquios em quantidade aumentada e, por vezes, de coágulos. A contração uterina era estimulada através de uma massagem circular, realizada do fundo uterino e em direção à vagina, promovendo a eliminação de coágulos e a formação do globo de segurança. De modo a promover o envolvimento da puérpera nos cuidados prestados, esta era instruída e incentivada a realizar a massagem uterina, sendo ainda informada dos sinais de hemorragia e incentivada a chamar os profissionais da saúde, caso identificasse algum desses sinais. Relativamente à avaliação da altura uterina, esta era realizada considerando que, no pós-parto imediato, o útero encontra-se aproximadamente dois centímetros acima da linha média da zona umbilical. Aproximadamente 24 horas depois, o fundo uterino pode encontrar-se a cerca de dois centímetros abaixo da linha umbilical e, à medida que o puerpério se desenrola, o fundo uterino desce uma média de dois centímetros a cada 24 horas. No décimo dia, este deve encontrar-se ao nível da sínfise púbica, ou seja, na cavidade pélvica (Lowdermilk, 2008).

A avaliação das características dos lóquios era realizada, sendo efetuados ensinamentos à puérpera sobre a evolução expectável dos mesmos. Assim, era explicado que, no puerpério imediato, os lóquios têm uma coloração vermelha (lóquios rubros/ hemáticos), podendo verificar-se a perda de alguns coágulos. Esta coloração pode prolongar-se durante os primeiros dois a três dias após o parto, uma vez que são constituídos maioritariamente por células epiteliais, hemácias, leucócitos e decídua. Após o terceiro dia, é expectável que a coloração se torne rosada ou acastanhada e que a quantidade perdida diminuía gradualmente. Estes lóquios, sero-hemáticos, são constituídos por decídua, leucócitos, muco cervical e microorganismos. A partir do décimo dia, os lóquios devem ter uma coloração amarelada (lóquios serosos), sendo constituídos maioritariamente por secreções leucocitárias, decídua, células epiteliais, muco cervical e bactérias, podendo esta perda manter-se até à terceira semana após o parto (Lowdermilk, 2008). Simultaneamente à

avaliação da coloração e da quantidade dos lóquios, o odor dos mesmos também era avaliado, uma vez que este permite identificar sinais de uma possível infecção.

A infecção no pós-parto é uma das principais complicações puerperais. A identificação precoce destas situações passa pelo reconhecimento precoce dos sinais de infecção, como: o aumento de temperatura acima dos de 38°C; a taquicardia, a presença de calafrios, de náuseas ou de dor aguda. As abordagens terapêuticas abrangem a administração de terapêutica adequada, da vigilância dos sinais vitais, do estado geral da parturiente, da vigilância da zona de infecção e de uma instrução adequada sobre o seu autocuidado (Bezares et al., 2009).

Segundo Lowdermilk, (2008), apesar de a infecção de uma ferida cirúrgica ser pouco comum, a vigilância da mesma é fundamental. No caso das feridas perineais, nomeadamente de ferida cirúrgica ou de laceração corrigida (ICN, 2011), estas devem ser alvo de tratamento adequado e da avaliação de sinais como: calor, rubor e dor. Orientações sobre a escolha dos produtos de higiene perineais, da frequência dos cuidados ao períneo e a importância da higienização das mãos, antes de tocar no mesmo, são fundamentais para a prevenção de complicações. Também a avaliação de sinais de deiscência dos tecidos da ferida (separação dos bordos, inflamação ou edema), de modo a verificar a correta cicatrização das feridas perineais (Lowdermilk, 2008). Durante a realização do estágio, verificou-se um caso de deiscência de uma correção de laceração, sendo este comunicado à equipa médica e a puérpera submetida a correção cirúrgica no bloco operatório. No regresso ao serviço de puerpério, foi administrada a terapêutica prescrita e implementados cuidados rigorosos de higiene e vigilância.

A vigilância das parturientes com patologia associada foi realizada segundo os protocolos da unidade. Puérperas com diagnóstico de hipertensão (crónica ou gestacional), pré-eclampsia ou eclâmpsia, eram alvo de cuidados específicos. Apesar de as complicações associadas a alterações da pressão arterial decorrentes da gravidez diminuírem significativamente cerca de 48 horas após o parto, a monitorização dos sinais vitais, especialmente da pressão arterial, era realizada pelo menos uma vez por turno (Lowdermilk, 2008). As puérperas eram ainda questionadas quanto à presença de sintomatologia associada a aumento da pressão arterial, tais como: cefaleias, alterações visuais e desconforto epigástrico.

A avaliação da transição para a parentalidade foi um foco de atenção fundamental durante o acompanhamento da puérpera/casal. Esta transição representa um período de adaptação do casal às alterações a nível físico, psicológico e social, fruto de uma nova dinâmica resultante da chegada do novo membro da família. A CIPE define a adaptação à parentalidade como o *“Comportamento que conduz ao ajustamento da gravidez e empreender acções de preparação para ser mãe e/ou pai, interiorizando as expectativas das famílias, amigos e sociedade, no que toca aos comportamentos parentais adequados ou inadequados”* (ICN, 2011 p. 37).

Durante a realização do estágio, foi avaliada a adaptação à parentalidade e aos novos processos familiares dos casais acompanhados, identificando-se como aspetos positivos a relação conjugal, a cumplicidade entre o casal, a presença de uma rede de apoio familiar e as perspetivas de uma parentalidade responsável.

Durante a prestação de cuidados, foram identificadas puérperas com dificuldade na adaptação à parentalidade, demonstrando frequentemente sentimentos de incompetência, labilidade emocional e dificuldade em reconhecer as necessidades do RN. Também foi possível observar que, as puérperas com a adaptação à parentalidade comprometida, não tinham apoio do companheiro ou da família, apresentando frequentemente dificuldades socioeconómicas, não sendo no entanto, possível generalizar estas situações. De modo a facilitar o processo de transição para a parentalidade, foi disponibilizado mais tempo para ouvir estas puérperas, sendo estas incentivadas: a verbalizar os seus sentimentos e emoções; promovida a confiança da puérpera/casal, através do reforço positivo, relativamente aos cuidados prestados ao RN; incluída uma pessoa significativa para a puérpera na prestação de cuidados ao RN e no processo de adaptação ao papel parental. Para além da resposta às dificuldades e às necessidades detetadas e percecionadas por estas puérperas, procedeu-se, sempre que necessário, à sua referenciação para os outros profissionais da saúde, de modo a assegurar o acompanhamento e o apoio necessário após a alta.

Para além das dificuldades próprias do processo de adaptação à parentalidade, constatarem-se estados de desequilíbrio, provavelmente associados a alterações súbitas a nível hormonal, desde cansaço, ao mal-estar físico, à pressão psicológica da adoção de novos papéis sociais e ao aleitamento materno. Assim, o puerpério é repleto de alterações biológicas, psicológicas e sociais, tornando-se num período suscetível ao aparecimento de transtornos psicológicos. Os transtornos emocionais/psicológicos mais frequentes no

puerpério são o *baby blues*, a depressão pós-parto e a psicose pós-parto (Alexandre, 2013). Os internamentos curtos, associados a altas precoces, tornam difícil a avaliação correta destas situações. Durante o estágio, foi possível acompanhar um caso de *baby blues*. A melancolia pós-parto do *baby blues* caracteriza-se por um curto período de tempo de emoções voláteis, que habitualmente ocorrem entre o quinto e o sexto dia após o parto, desaparecendo de forma espontânea. A mulher experimenta sentimentos de tristeza, de instabilidade emocional, crises de choro, distúrbios do sono, ansiedade, cansaço, entre outros (Schmid, 2005).

Assim, procurou-se sensibilizar a mulher/casal para os sinais ou comportamentos que pudessem ser suspeitos desta sintomatologia, pelo que as intervenções neste âmbito foram: observar os padrões de conduta; propiciar um ambiente familiar adequado; facilitar a interação entre o casal; promover o processo de aceitação da realidade, propiciando ambientes positivos de calma e de segurança, assim como promover momentos de descanso materno. Foram propostas medidas como a gestão do ambiente, através da diminuição da incidência de luz e dos sons do ambiente. Em algumas situações era pedida autorização para que o RN fosse entregue aos cuidados da equipa de enfermagem para que a puérpera conseguisse repousar (Alexandre, 2013).

Como foi referido anteriormente, o puerpério imediato é uma fase de alterações hormonais e emocionais, tornando-se numa área de atuação do EESMO, de modo a promover os cuidados e o bem-estar da tríade mãe/pai/filho. Para tal, foi necessário humanizar a forma de atendimento, personalizando as intervenções para promover este vínculo, potenciando ainda as atitudes da mãe, do pai e da família para lidarem com todos os processos puerperais, tais como, o aleitamento materno (Duarte et al, 2013).

O aleitamento materno ou a amamentação é um processo complexo, profundamente influenciado por aspetos culturais, sociais, emocionais, psíquicos e biológicos. O aleitamento materno, favorece o crescimento e o desenvolvimento do RN, sendo a sua promoção considerada uma prioridade de saúde pública. O leite materno é atualmente considerado o alimento mais recomendado para o RN e lactente, devendo ser oferecido às crianças até aos seis meses de idade, em exclusivo, e após os seis meses em conjunto com uma alimentação equilibrada até aos 2 anos de vida (OMS, 2003). Isto porque o leite materno, quando oferecido ao RN em exclusividade, proporciona todos os nutrientes equilibrados necessários para o seu crescimento, é de fácil digestão e garante os anticorpos necessários para uma imunização precoce (Catafesta, et al, 2009). Assim, o aleitamento

materno ou o processo de amamentação, tornou-se um foco de atenção, podendo ser definido, segundo a CIPE, como “O padrão alimentar ou de ingestão de líquidos: Alimentar oferecendo leite materno” (ICNP, 2011).

Neste âmbito, foram realizadas intervenções para a promoção e a proteção do aleitamento materno. Para tal, foi fundamental a compreensão do processo de aleitamento, dos cuidados importantes para a sua concretização eficaz, assim como a identificação de crenças pessoais em torno do ato de amamentar, com o objetivo de informar adequadamente e desmistificar algumas crenças. Por diversas vezes, assistimos à verbalização de preocupações da puérpera relativamente à sua capacidade de amamentar por possuir uma mama “pequena”, assimetrias mamárias ou formas e tamanhos diferentes de mamilo.

Nestas situações, foi necessário clarificar as crenças que relacionam o tamanho mamário com a produção de leite, explicando que o volume mamário é devido à quantidade de tecido adiposo, pelo que o tamanho e volume da mama não condicionam a produção de leite, que ocorre nos alvéolos do tecido glandular (Lowdermilk, 2008). Neste âmbito, era também necessário explicar que a lactogénese é o resultado da sucção do RN, estimulando a produção hormonal e dando lugar à produção de leite materno. Assim, a estimulação por sucção é diretamente proporcional à quantidade de leite produzido, pelo que se torna essencial colocar o RN em contacto com a mama para que a produção de leite seja adequada (Levy et Bértolo 2012).

Neste sentido, foram desenvolvidas intervenções de educação e formação em saúde, de forma a capacitar a mulher para enfrentar as dificuldades inerentes ao processo de amamentação. Uma das medidas implementadas foi a promoção do aleitamento materno nas primeiras horas após o nascimento, com o fim de promover o reflexo de sucção e deglutição precoce, estimulando a produção e estabelecimento de hormonas de apoio à lactação (Duarte et al, 2013). A puérpera era assim incentivada e apoiada a amamentar ainda na sala de partos, mantendo-se o acompanhamento como suporte no serviço de puerpério. Durante a amamentação, a mamada era avaliada e, quando necessário, procedia-se a ensinamentos que promovessem uma amamentação eficaz. Avaliavam-se sinais de uma pega adequada da mama, esclareciam-se dúvidas sobre a frequência com que a puérpera deveria amamentar e os cuidados a ter com as mamas. A puérpera era aconselhada, sobretudo quando primigesta, a dar as primeiras mamadas na posição de decúbito lateral, uma vez que esta posição parece facilitar o posicionamento correto do RN

em relação ao corpo materno. A puérpera era ainda incentivada a observar os sinais de uma sucção eficaz, nomeadamente uma pega correta (a boca do bebé tem de estar bem aberta; o lábio inferior evertido, ou seja, virado para fora, sendo visível maior quantidade de aréola acima do que abaixo da boca do RN; as bochechas apresentam-se arredondadas; o queixo bem encostado à mama e o nariz livre para poder respirar sem dificuldades), uma sucção tranquila e um bebé ativo. A puérpera era instruída para despertar o RN durante a mamada, se necessário, de forma a garantir uma ingestão adequada de nutrientes e evitar uma sucção pouco eficaz, uma vez que esta pode originar maceração e fissuras mamilares, aumentar o tempo de amamentação e impedir o descanso materno e do próprio RN (Levy et Bértolo, 2012).

As puérperas e os seus acompanhantes verbalizavam, muitas vezes, dúvidas sobre o tempo de intervalo entre cada mamada. Assim, foram efetuados ensinamentos no sentido de promover uma amamentação em horário livre, esclarecendo que segundo a UNICEF, (2008), se deve oferecer a mama ao RN com uma frequência regular (cerca de três em três horas) nos primeiros dias de vida, com o objetivo de ajudar a estabelecer o aleitamento materno. Posteriormente, o aleitamento materno deve ser feito sem horário rígidos, indo ao encontro das necessidades do RN. Explicava-se ainda a importância de um RN efetuar uma mamada completa em cada mama, uma vez que as características do leite se alteram ao longo da mamada e apenas a ingestão do leite inicial e final asseguram uma boa manutenção do peso do RN, a sua hidratação, o seu crescimento e a sua saúde. O RN deve, assim, esvaziar corretamente uma mama antes de ser colocado na outra, devendo alternar-se as mamas a cada mamada de modo a garantir a estimulação de ambas (UNICEF, 2008).

Durante a permanência no serviço, era ainda explicado aos casais que o início do aleitamento materno, por vezes, pode levar à perceção de algumas dificuldades, principalmente nos primeiros dias, ou até semanas, e principalmente quando se trata dos primeiros filhos (Catafesta et al., 2009). Assim, orientou-se e informou-se os casais sobre as possíveis complicações que poderão ocorrer durante o aleitamento materno. Segundo Lowdermilk, (2008), quando se fala do processo de amamentação, não se devem fornecer apenas informações gerais, porque isto pode dificultar a capacidade dos casais em ajustarem à sua própria realidade. Neste sentido, foram avaliadas as dificuldades específicas de cada casal e implementadas estratégias que dessem resposta às suas necessidades. Estes eram ainda informados de que poderiam ser acompanhados, após a

alta, nos cantinhos de amamentação disponíveis, quer nos cuidados primários, quer nos hospitalares.

Durante a prestação de cuidados à puérpera, foi prestada especial atenção à vigilância das mamas, nomeadamente quanto à produção de leite, à sensibilidade, à temperatura, à presença de edema e à integridade da pele. Os mamilos foram também observados, verificando-se a sua proeminência ou inversão. A prevenção de lesão mamilar era realizada através da instrução sobre a aplicação de colostro após a amamentação e o arejamento dos mamilos sempre que possível. Nos casos em que se verificavam mamilos pouco proeminentes ou invertidos, as puérperas em incentivadas a estimular os mamilos com a ponta do dedo indicador e o pulgar ou com o formador de mamilo, 30 a 60 segundos, antes de começar a amamentar, de modo a promover a sua saliência e uma pega mais eficaz. Nos casos em que a amamentação se encontrava comprometida, devido a mamilos invertidos, por vezes foi necessário incentivar a utilização de mamilos de silicone.

Os cuidados a ter com as mamas foram também realizados ao longo do internamento. Assim, as puérperas foram orientadas sobre: a importância de realizar uma higiene adequada; a aplicação de colostro na aréola e mamilo, após cada mamada e, manter os mamilos secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar vários minutos ao dia. A utilização de produtos de higiene no mamilo foi desaconselhada, incentivando-se a lavagem apenas com água e sabão durante o banho. Nos casos em que se verificaram lesões do mamilo, por vezes, foram aconselhados cremes para favorecer a cicatrização que fossem compatíveis com a amamentação e não necessitassem de lavagem antes da mamada ou conchas de amamentação para proteção e arejar o mamilo (DGS, 2015).

Durante cada turno, e de modo a avaliar o processo de amamentação, procurava-se avaliar pelo menos uma mamada completa de cada puérpera. Durante este período, esta era incentivada e elogiada, procurando-se ainda integrar o companheiro e a sua família neste processo.

Durante o estágio, foi possível acompanhar algumas situações em que a amamentação se encontrava contra-indicada, quer temporariamente, quer de forma definitiva. Como contra-indicação definitiva para a amamentação, podemos enumerar patologias crónicas, graves e debilitantes que podem ser transmitidas ao RN, tais como: a infeção materna pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) (Graça, 2010). Relativamente a contra-indicações temporárias para amamentar, podemos referir: infeções ou puérperas submetidas a medicação suscetível de ser transmitida através do aleitamento. Nestes casos, o

aleitamento materno é suspenso e o RN alimentado com leite artificial, sendo a mãe aconselhada a esvaziar as mamas com frequência, manualmente ou recorrendo a bombas extratoras de leite, de modo a manter a estimulação mamária até que possam amamentar em segurança (Gomez, 2005). De modo a facilitar a amamentação e a estimulação da produção de leite, o serviço possui máquinas extratoras de leite, disponibilizadas às puérperas internadas de acordo com as suas necessidades.

Também foram verificadas situações em que, apesar de não existir contra-indicação para a amamentação, a puérpera não desejava amamentar. A decisão da mulher foi sempre respeitada, tendo sido prestados todos os esclarecimentos para que, caso não desejasse amamentar, realizasse uma escolha informada. Assim, a puérpera era escutada, sendo valorizadas as suas ideias e informada de forma adequada sobre as vantagens da amamentação para o crescimento e desenvolvimento do RN; para a recuperação puerperal e para o vínculo mãe-filho. Caso a sua decisão se mantivesse, era facultado leite artificial e realizados ensinamentos sobre a sua preparação e utilização.

Relativamente aos cuidados a ter com o RN a OE, (2015), refere que para um melhor desempenho e compreensão dos cuidados a ter com o RN é necessário que a preparação, a educação e a informação proporcionada aos pais seja iniciada desde o primeiro momento, devendo ser prolongada durante toda a permanência no serviço e entendida como um processo contínuo de capacitação e avaliação.

Esta perspetiva visa compreender a educação para a saúde como uma ferramenta fundamental para a formação de competências dos pais em relação aos cuidados ao RN (OE, 2015). A atuação do EESMO deve, assim, ser orientada para a preparação e para a capacitação dos pais para esta nova etapa das suas vidas, incidindo na educação para a higiene do RN, nos cuidados a ter com o coto umbilical, sobre a eliminação urinária e intestinal RN. Devem ainda ser abordados os padrões de sono do RN, o choro e os cuidados a ter para assegurar a segurança do RN.

A prestação de cuidados de higiene ao RN, nomeadamente o primeiro banho, foi dos temas que mais preocupação pareceu suscitar nos casais, uma vez que a maioria nunca tinha interagido com RNs e consideravam-nos frágeis. Assim, foi avaliado o nível de conhecimento e de competências dos pais, quanto à prestação de cuidados de higiene, sendo de seguida adequados os ensinamentos e a instrução dos cuidados, de acordo com as necessidades percecionadas. Sempre que possível, foi incentivada a presença do pai/

acompanhante, aquando da prestação de cuidados ao RN, de modo a promover não apenas o seu envolvimento, mas também facilitar a aquisição de competências.

Relativamente ao primeiro banho, era explicado aos pais que deveriam aguardar pelo menos 12 horas após o nascimento, sendo idealmente realizado, após as primeiras 24 horas de vida, de modo a evitar perdas de calor. Antes de começar o procedimento, solicitava-se aos pais que realizassem uma higiene adequada das mãos e, de seguida, iniciava-se a demonstração, instrução e treino da técnica. O facto de o banho ser mais do que um momento de higiene do corpo do RN, era sempre realçado que este era uma oportunidade para propiciar momentos de bem-estar, relaxamento e vinculação entre o RN e os seus cuidadores. Era ainda recomendado que, apesar de o banho não dever ser realizado diariamente, a zona perineal e genital do RN deveria ser alvo de atenção e higiene regular (Lowdermilk, 2008). Uma pergunta frequente dos casais prendia-se com o melhor momento para dar o banho, de modo a promover o relaxamento e o sono do RN. Assim, era explicado que esse momento iria variar de criança para criança, pelo que deveria ser observada a reação do RN. Se depois do banho o RN ficasse agitado, era aconselhável que o banho fosse realizado durante o dia. Pelo contrário, se induzisse o sono e o relaxamento, eram aconselhados a darem o banho à noite.

Relativamente à preparação do ambiente, os pais eram aconselhados a manter uma temperatura na sala em torno dos 20-25°C para prevenir o risco de hipotermia e verificar sempre a temperatura da água antes de iniciar o banho, recomendando-se que esta estivesse a 37°C. Era ainda explicada a importância de preparar todo o material necessário para o procedimento, de modo a evitar interrupções ou acidentes, devido a pausas forçadas. A zona perineal deveria ser avaliada, de modo a perceber se seria necessário efetuar a sua higiene antes da introdução do RN na banheira.

O banho deveria ser realizado no sentido céfalo-caudal, sendo a única exceção a cabeça, cuja higiene deveria ser deixada para último lugar, de modo a evitar perdas de calor. Recomendava-se que durante o primeiro mês apenas se utilizasse água para a higiene e depois sabonete com pH neutro que não prejudicasse a pele do bebé. É importante recordar aos pais a importância de limpar e secar bem o RN, uma vez que a humidade pode provocar a maceração cutânea. Deste modo, era essencial secar bem todas as dobras cutâneas, devendo ser prestada especial atenção ao pescoço, às axilas e às virilhas (Becket al, 2004).

Os cuidados ao coto umbilical é um dos aspetos que mais parece preocupar e suscitar dúvidas aos pais. Assim, era reforçado que apesar de habitualmente a sua queda se verificar durante os primeiros 10 dias de vida, este período era variável de RN para RN. Os pais eram assim orientados para a importância de manterem a zona umbilical limpa e seca. Para isso, autores como Luis et. al (2014), mostram nas suas investigações que, nos países desenvolvidos, é suficiente efetuar a lavagem com água e sabão, devendo depois efetuar-se a secagem do coto umbilical para manter uma higiene adequada do mesmo e promover a sua mumificação. Os pais eram ainda informados sobre os sinais de infeção a que deveriam estar atentos, nomeadamente: a inflamação, o rubor, o cheiro desagradável e a presença de secreções purulentas. Nestas situações dever-se-ia efetuar a limpeza do coto umbilical com álcool a 70% e caso a situação não melhorasse, solicitada avaliação médica (Becket al, 2004).

Relativamente à mudança da fralda, era importante incentivar para a necessidade de efetuar a higiene perineal e a troca da fralda, sempre que esta se encontrasse suja, de modo a evitar o risco de irritação e maceração cutânea, causado pelo contacto continuado da pele do RN com a urina, as fezes, o calor, a humidade e a fricção. Esta área deve estar limpa e seca antes da colocação de uma nova fralda, sendo esta a melhor forma de prevenir a irritação e o eritema provocado pela fralda suja (Lowdermilk, 2008).

O cansaço e a fadiga da mulher, devido à falta de descanso, associado ao *stress* e à preocupação pelo choro do bebé, determinaram a necessidade de ensinar os pais quanto ao padrão do sono e de atividade do RN. Os pais foram orientados para restringirem os estímulos após a alimentação do RN, de modo a permitir o descanso, não apenas do RN, mas também o materno e paterno (Lowdermilk, 2008).

Relativamente ao padrão da eliminação urinária e intestinal, foi explicado aos pais que caso o RN estivesse a mamar de forma eficaz, este apresentava cerca de três dejeções e seis a oito micções por dia. Também o choro do RN foi abordado durante o internamento, uma vez que os ensinamentos sobre os diferentes tipos de choro do RN podem influenciar o vínculo mãe-pai-filho. Sendo o temperamento de cada RN único e muito variável, as estratégias para lidar com o mesmo também são muito diferentes de casal para casal. A maioria dos casais manifestava dificuldade em lidar com o choro do bebé, muitas vezes, associando-o diretamente a fome. A categorização dos diferentes tipos de choro do bebé foi essencial para promover a segurança parental e a sua tranquilidade na prestação de cuidados ao RN (Becket al, 2004). Desta forma, foi explicado que o choro pode ser categorizado em

diferentes tipos: fome; ar ou gases; incómodo; falta de estimulação; sono ou dor, sendo os pais dotados de diferentes estratégias para a sua resolução. As intervenções mais aconselhadas prendiam-se com a necessidade de manterem a calma, uma vez que o RN consegue perceber o nervosismo dos pais, o que pode dificultar o seu relaxamento. Os pais foram ainda aconselhados a realizar uma pesquisa para descobrirem se o RN tinha fome; se se sentia incómodo, devido à fralda se encontrar suja; se tinha frio ou calor; se tinha sono ou se estava com cólicas. Na eventualidade do RN apresentar cólica ou desconforto intestinal, os pais foram instruídos sobre a realização de uma massagem, que para além de facilitar a libertação dos gases e estimular a evacuação, também era útil na prevenção deste tipo de problemas por promover o funcionamento gastrointestinal. Também a “Técnica dos 5 S’s” era ensinada e instruída, uma vez que ativa o reflexo de relaxamento e ajuda o RN a acalmar-se através da recriação do ambiente uterino. Realiza-se enrolando o bebé numa manta, produzindo um som (sons brancos como “Shhhh” que emita o produzido pelo sangue que flui através das artérias perto do útero), promovendo a sucção e efetuando um movimento com ligeiras vibrações (Lowdermilk, 2008).

As situações de segurança do RN foram também trabalhadas durante o internamento, no qual foram englobados temas como: a prevenção de acidentes como as quedas, as queimaduras ou o risco de asfixia. Durante este período os pais receberam formação sobre as práticas e conhecimentos para a prevenção destes acidentes. Assim, foram alertados sobre o risco de queda, sendo incentivados a nunca deixar o RN sozinho e em locais propícios para a ocorrência de deslizamento ou queda. Foi ainda abordado o risco de morte súbita do RN, pelo que este deveria ser posicionado no berço em decúbito dorsal ou lateral para dormir, com o berço elevado a 30°. Deveria ainda ser evitada a exposição a ambientes poluídos, com fumo ou pouco arejados. Devido ao risco de queimadura, a água do banho deveria ser sempre confirmada antes da colocação do bebé em contacto com a água, assim como evitada a exposição solar excessiva do RN, ao qual acresce o risco de desidratação (Becket al, 2004).

As viagens em automóvel deveriam ser sempre efetuadas em cadeiras homologadas e apropriadas ao peso e idade de RNs e crianças, devidamente colocadas no veículo e identificadas com uma etiqueta “E”, com código iniciado pelos algarismos 03 e 04, de modo a proporcionar as condições necessárias a uma viagem de automóvel segura (DGS, 2013).

Durante este período de formação foram direcionadas à puérpera, ao casal ou à família intervenções relacionadas com o autocuidado e com os cuidados ao RN. Com a realização

destas intervenções pretendeu-se que, aquando da alta, todos os casais fossem autónomos e capazes ao exercício do papel parental, sendo ainda capazes de reconhecer os sinais e os sintomas de alerta que obriguem, se necessário, a recorrer aos serviços médicos.

Relativamente à preparação da alta do RN, os pais foram orientados sobre a necessidade de efetuar a marcação de uma consulta, no centro de saúde, na qual se irá efetuar o registo do RN, realizada uma avaliação geral do seu bem-estar e segurança, assim como realizar o teste de diagnóstico precoce, vulgarmente chamado de teste do pezinho. Este exame permite o despiste de qualquer patologia metabólica e deve ser realizado entre o terceiro e o sexto dia de vida. Após esta consulta, serão agendadas sucessivas marcações para avaliação pediátrica do RN e o cumprimento do plano nacional de vacinação.

Por fim, era entregue o material de apoio aos pais, onde constavam recursos comunitários de apoio, permitindo dar resposta a diferentes necessidades que pudessem surgir após a alta, assim como o número do contacto de apoio ao aleitamento materno, disponível 24 horas por dia no CHSJ.

3. ANÁLISE CRÍTICO REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DO ESTÁGIO

Ao longo da unidade curricular nomeada “ Estágio: Gravidez, Trabalho de parto e Pós-parto ”, realizada em contexto hospitalar, tornou-se possível a aquisição de conhecimentos e competências nesta área. O estágio profissionalizante, decorreu com muita motivação, interesse e empenho. No decorrer deste percurso formativo, foram vividas experiências na área dos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, que permitiram desenvolver competências necessárias à obtenção do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

De acordo com Evangelista e Ivo, (2014), a formação desenvolvida em contexto profissional, como é o caso do estágio apresentado ao longo do presente relatório, é sem dúvida fundamental, uma vez que o estudante encontra a oportunidade de expandir os conhecimentos associando a teoria à prática. Nesta linha, pode falar-se do processo de auto-formação que entra em funcionamento no momento em que a pessoa analisa as suas próprias necessidades de formação e dirige os seus esforços para preencher esse vazio de forma a prosseguir a melhor formação possível. Desse modo, concordando com os autores e aproveitando-se deste contexto orientou-se e fortaleceu-se este percurso num processo sistemático de aprendizagem, encaminhado a reforçar conhecimentos anteriormente adquiridos nas disciplinas teóricas, devido ao contacto e discussão de situações reais em contextos diferenciados e multidisciplinares, refletindo em todo momento sobre os cuidados e as intervenções realizadas à luz das evidências científicas.

Este percurso de aprendizagem encontra-se sustentado no previsto pela OE na publicação do Regulamento de competências específicas do EESMO (OE, 2011), descrevendo as recomendações sobre o seu percurso de formação. O cuidar no âmbito da enfermagem de saúde materna e obstetrícia, requer um grande domínio de conhecimentos e competências, correspondente ao campo de atuação que abrange o estabelecimento de cuidados no acompanhamento da gravidez, da parentalidade e preparação para o parto dos casais, os cuidados durante o TP e parto, RN e pós-parto.

A Lei n.º 4 de 9/2009, de 4 de Março menciona a inclusão de duas vertentes de ensino: um teórico e um clínico, que são retratados neste relatório. Para completar o ensino clínico e a atribuição do título de EESMO exige como requisitos: a vigilância e cuidados dispensados a

100 grávidas; a realização de pelo menos 40 partos (sendo que quando este número não puder ser atingido por falta de parturientes, pode ser reduzido em 30, na condição de que o aluno tenha participado, para além desses, em 20 partos); participação em partos de apresentação pélvica e, em caso de impossibilidade, a realização de uma formação por simulação sobre o assunto; prática de sutura que inclui a episiotomia e lacerações simples do períneo; vigilância e cuidado de pelo menos 100 parturientes e RNs.

Para facilitar a compreensão dos números de experiências atingidos, realizaram-se gráficos. Desse modo, na Figura 2 apresenta-se o número de mulheres vigiadas e alvo de cuidados em processos de gravidez; na Figura 3 menciona-se o número de puérperas e RN's a que foram prestados cuidados e na Figura 4 mostra-se o número de partos realizados, com ou sem episiotomia, e os partos assistidos.

Figura 2 - Número de Grávidas alvo de vigilância e cuidados.

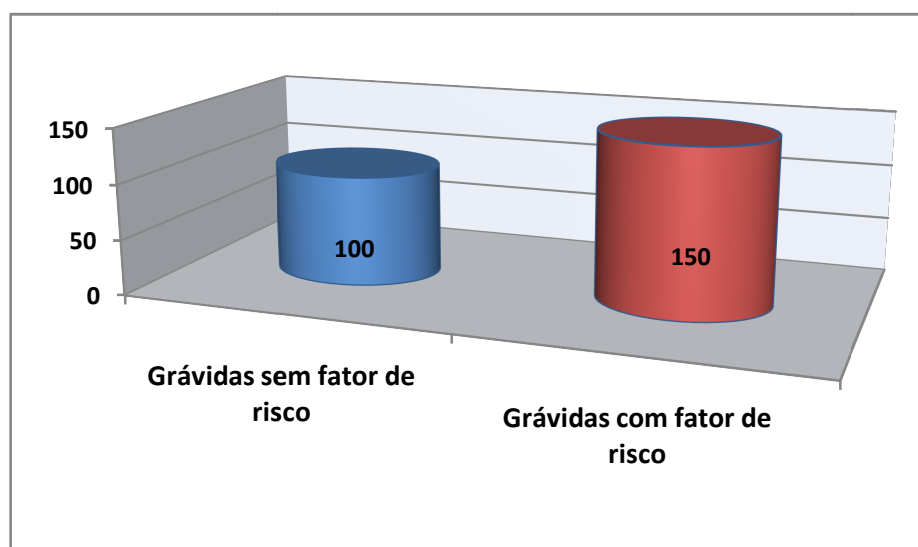


Figura 3: Número de Puérperas e recém-nascidos alvo de cuidados e vigilância.

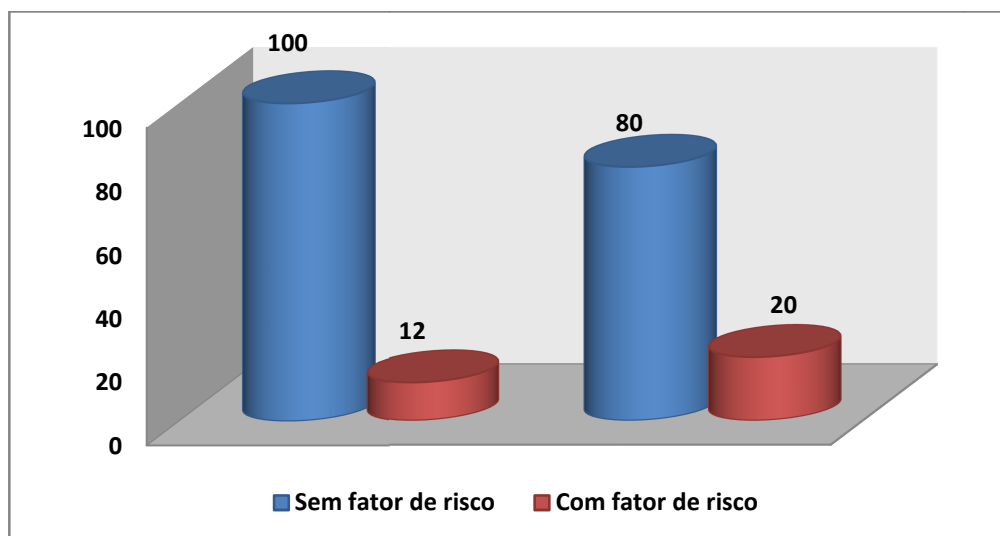
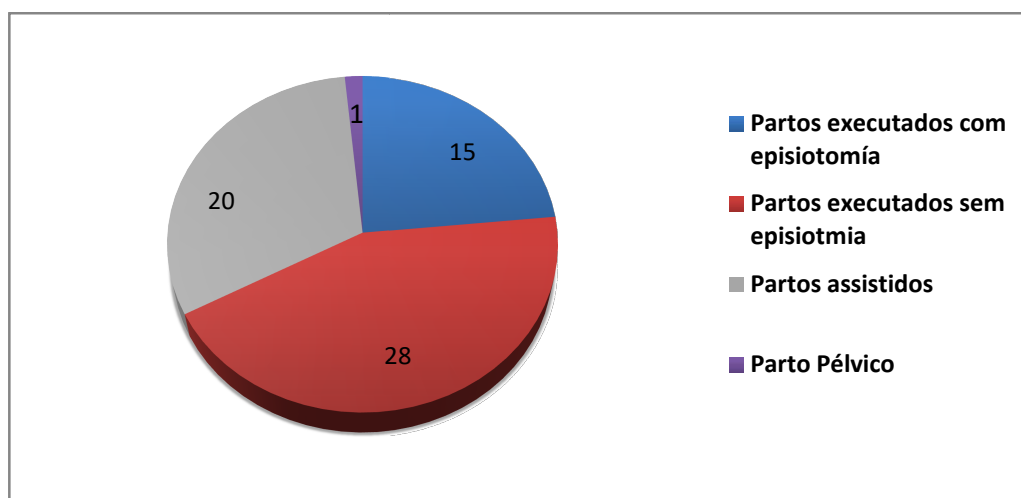


Figura 4: Número de Partos realizados, com ou sem episiotomia, e participados.



Fazendo uma reflexão sobre este processo de aquisição e desenvolvimento de competências, o estágio profissionalizante foi construído através de uma sucessão de intervenções e reflexão sobre o processo de cuidados, no âmbito da gravidez com complicações, do TP e parto e no período pós-parto. Foram progressivamente desenvolvidos cuidados baseados na evidência com a finalidade de incorporar capacidades, atitudes e competências profissionais específicas para a área de enfermagem de saúde materna e obstétrica. Estruturado nestes três períodos e contextos, apresentou-se um

cenário que implicou uma ampla articulação de saberes técnicos, científicos e humanos que promoveram a qualidade dos cuidados, aquando da realização deste ensino clínico.

Considera-se que no decorrer desta formação, as experiências vivenciadas proporcionaram a oportunidade de contactar com diferentes situações que permitiram articular os conhecimentos teóricos mais atuais ao contexto prático, possibilitando um melhor conhecimento da realidade assistencial. Todas as actividades realizadas, incluindo o projecto de estágio mobilizaram múltiplos conhecimentos e capacidades ao longo das diferentes unidades curriculares do mestrado.

No que toca às competências técnicas, a destreza e a agilidade na execução das distintas intervenções e procedimentos, foi adquirida de forma gradual, à medida que se experienciavam e realizavam os módulos de estágio. Não obstante, esta aquisição de competências foi muito mais patente durante o módulo de TP e parto, uma vez que foi o que se demonstrou mais difícil, devido à responsabilidade inerente à vigilância, orientação de TP, à sua execução e aos cuidados a prestar ao RN de baixo risco, bem como à vigilância do pós-parto imediato.

Ao longo do estágio foi-se apreciando a evolução que sustentou a progressiva maturação profissional, que foi associada à sensação de confiança e segurança, fruto do progresso em conhecimentos técnico/científicos e relacionais. Isto incrementou a capacidade de transmitir informação clara e precisa, sem o uso de tecnicismos, de forma a tornar as informações assimiláveis à mulher/casal e família.

O estabelecimento de relações interpessoais apresenta-se em enfermagem de forma inseparável da prática clínica, pelo que estas foram estabelecidas de forma natural desde o início do ensino clínico e aperfeiçoadas com o decorrer do tempo. Foi relevante constatar a necessidade de manter a calma e a tranquilidade, tentando sempre transmitir estes mesmos sentimentos às mulheres a quem se prestavam cuidados. Esta serenidade foi fundamental para a mulher e família, de forma a promover uma experiência de TP positiva e satisfatória, transmitindo sentimentos de segurança e autonomia em todo o processo.

Nesta mesma linha, um dos aspetos a que se deu atenção foi o estabelecimento de uma relação de confiança com a mulher/casal/família. Assim, esta foi uma área que gradualmente se melhorou, quer através da aquisição de novos conhecimentos científicos, quer com a prestação de cuidados e com a demonstração de segurança e confiança nas práticas realizadas. Durante a realização deste ensino clínico nunca, , foi esquecida a

responsabilidade de, enquanto futura EESMO, vigiar o processo de gravidez, assistir no processo de nascimento e, posteriormente, promover a transição das mulheres/casais para a parentalidade.

Durante a revisão integrativa realizada, recordou-se a importância da PBE na prática dos cuidados de enfermagem de saúde materna e obstétrica. O estudo do CPP e a sua influência para o sucesso da amamentação foi, como já referido, motivada pelo interesse pessoal, e permitiu-me uma visão de novos cenários do cuidar no pós parto imediato, trazendo consigo a esperança numa humanização dos cuidados. Esta componente do relatório emergiu da necessidade de integrar dados fundamentados que foram capazes de apoiar a necessidade de mudar alguns dos comportamentos, que por vezes, eram realizados de forma rotineira e sem fundamentação teórica que os justificassem. Paralelamente, a realização desta revisão permitiu ainda desenvolver competências na área de investigação em enfermagem.

A partir da análise das experiências documentadas na primeira parte deste relatório pode constatar-se que as competências preconizadas foram aplicadas ao longo dos diferentes módulos do estágio. Do mesmo modo, pode verificar-se que as experiências exigidas pela diretiva mencionada previamente foram atingidas.

Perante estes dados, pode considerar-se que foram adquiridas as competências necessárias para a prestação de cuidados especializados no âmbito da gravidez, trabalho de parto, parto e pós-parto.

Assim, este relatório traduz a aquisição de conhecimentos, teóricos e práticos, adquiridos e desenvolvidos nas diversas experiências e atividades durante a prática clínica, dando resposta às exigências da legislação vigente para a prática profissional, bem como aos objetivos estabelecidos pela ESEP para a obtenção do título de MESMO.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório constitui uma reflexão sobre as práticas vivenciadas ao longo de quase um ano de ensino clínico, no qual se expõe as competências adquiridas na área da enfermagem em saúde materna e obstétrica e na investigação em enfermagem, esta última através da abordagem de uma temática relevante para a prática assistencial e para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A realização deste estágio permitiu a integração de conhecimentos na área de saúde materna e obstétrica, desenvolvendo a capacidade de tomar decisões fundamentadas na evidência científica atual. Através da prática nos diferentes contextos assistenciais desenvolveram-se as competências necessárias para a prestação de cuidados à mulher, RN e família, desempenhando intervenções seguras e de qualidade.

Durante a realização deste relatório, refletiu-se sobre as vivências experienciadas nos diferentes módulos de estágio, com a intenção de proporcionar uma visão o mais verídica possível da experiência formativa que se viveu ao longo desta trajetória, assim como das atividades desenvolvidas. Por esse motivo, parte do relatório descreve as atividades desenvolvidas ao longo da gravidez com complicações, do TP e parto e no pós-parto, refletindo sobre a evidência científica mais atual e sobre a sua pertinência para a prática clínica. No caso do TP e parto, a revisão integrativa da literatura procurou ajudar a implementar cuidados mais sensíveis, face às necessidades da mãe e do RN e que contribuíssem para uma melhor qualidade assistencial.

A enfermagem, como qualquer outra disciplina, precisa de produção e renovação contínua do seu próprio corpo de conhecimento. Durante a realização deste relatório, foi possível verificar a necessidade que o enfermeiro EESMO tem de apoiar as suas intervenções na prática científica mais pertinente e atual. Segundo Mendes et al., (2008), para fazer a diferença no que se refere aos cuidados e assistência de enfermagem, é preciso incorporar o conhecimento derivado da investigação na prática clínica. A revisão integrativa constitui um método de pesquisa presente na enfermagem, sendo o seu papel na contribuição na melhoria dos cuidados prestados aos utentes e famílias reconhecido cientificamente.

A revisão integrativa da literatura introduzida neste relatório, permitiu evidenciar os conhecimentos e as competências na investigação, que irá servir de guia para a prática

clínica, contribuindo assim para cuidados mais eficazes, seguros e significativos para as pessoas.

Encontrando-me no final deste processo académico, e em forma de reflexão, pode dizer-se que este período representou o ambiente para a aprendizagem e partilha de experiências, tendo sido aproveitados todos os recursos e possibilidades existentes para fomentar o autoconhecimento e a promoção de boas práticas. Assim, o contacto com os diversos contextos da prática assistencial na área obstétrica foram importantes pela formação profissional sólida e consistente, sendo enriquecedor quer numa perspetiva humana e relacional, quer pela aquisição de novos conhecimentos e técnicas.

Para concluir, quero salientar os esforços de toda a equipa multidisciplinar para o meu acolhimento, especialmente os enfermeiros tutores do hospital que me receberam e os professores da ESEP, que me fizeram sentir acolhida e integrada em todos os campos de estágio, proporcionando a ajuda necessária para conseguir realizar esta etapa com êxito.

Sendo consciente de que o domínio de competências é um processo continuado e de que o nível de qualificação é dependente do exercício continuado, desejo poder realizar e pôr em prática todas as capacidades e conhecimentos adquiridos durante estes anos de formação, com a finalidade de chegar a ser uma grande profissional da área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEXANDRE, J. et al. - *A prematuridade na perspectiva de mães primíparas e multíparas. Análise do seu estado psicoemocional, autoestima e bonding. Análise Psicológica*. [Em linha]. 2016, vol 3, nº 34, pp. 265-277. [consult. Junho 2017]. Disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=844b64e7-b571-462c-9948-fae9c9656c71%40sessionmgr104&vid=1&hid=115>.

ALMEIDA, E. E FILHO J. - *O contato precoce mãe-filho e sua contribuição para o sucesso do aleitamento materno. Rev. Ciênc. Méd.* [Em linha]. 2004, vol. 13, nº4, pp.381-388. [Consult. Maio 2017]. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=400858&indexSearch=ID>.

ARAUJO, S. et al. *A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. Ver. Eletrônica de Ciências. Veredas Favip.* . [Em linha]. 2010, vol. 2, nº2. Pp 61-67. [Consult. Maio 2017]. Disponível em: <http://veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/article/viewFile/98/211>

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGY (ACOG). - *Guidelines on Labor Induction. Obstet Gynecol.* Julho, 2009.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). - *Induction of labor. ACOG Practice Bulletin.* 2009. Vol. 114, nº2, pp.386–397.

ARAUJO, S. et al. *A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. Ver. Eletrônica de Ciências.* [Em linha]. 2010, vol. 2, nº2, pp. 61-67. [consult. Julho 2017]. Disponível em: <http://veredas.favip.edu.br/ojs/index.php/veredas1/article/viewFile/98/211>.

BRANDEM, P. - *Enfermagem materno-infantil.* 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editors, 2000. ISBN 85-87148-41-9.

CASTRO, J. et al. - *Sulfato de magnésio para neuroproteção fetal, uma revisão da literatura. Acta Obstet Ginecol Port.* [Em Linha]. 2014, vol. 8, nº 4, pp. 391-397. [Consult. Março 2017]. Disponível em: <http://www.fspog.com/fotos/editor2/14-aogp-d-14-00042.pdf>.

CORREIA, L., LINHARES M. *Ansiedad Maternal en el período prenatal y postnatal: Revisión de la literatura. Rev Latino-am Enfermagem*. [Em Linha]. 2007. nº15. , vol 4[Consult. Março 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a24.pdf.

CUNNINGHAM, F. et al. - *Obstetrícia de Williams*. 23 ed. Porto Alegre: AMGH Editora Ltda, 2012. ISBN 978-85-63308-69-6.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS). - *Alimentação e nutrição na gravidez*. [Em Linha]. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa: DGS, 2014. Disponível em: https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444899925Alimentacaoenutricaoenagravidez.pdf.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS)- *Prestação de cuidados pré-concepcionais. todos os médicos e enfermeiros que exerçam actividade na área da saúde reprodutiva*. Nº02/DSMIA. [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2016. . [Consult. Maio 2017]. Disponível em: <http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEN%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf>.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE (DGS). - *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). Norma da direção geral de saúde*. Nº 010/2013. [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2013. [Consult. Junho 2017]. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dwOMlaTAeQcJ:https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx+&cd=2&hl=es&ct=clnk&gl=pt>.

COOKE, A. *When will we change practice and stop directing pushing in labour?. British Journal of Midwifery*. [Em linha] 2010. Vol.18, nº2, pp. 77-81. [Consult. 1 Março. 2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12968/bjom.2010.18.2.46403>.

CORREIA, L., e Linhares M. *Ansiedad Maternal en el período prenatal y postnatal: Revisión de la literatura*. [Em linha]. Rev. Latino-Americana de enfermagem. 2007, vol. 4, nº15, pp. 677-683. [consult Maio 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/es_v15n4a24.pdf.

DECRETO-LEI n.º 9/2009. D.R. I Série. Nº 44/2009 (2009-03-04), pp. 1466-1530.

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). - *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco* (PNVGBR). [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2015. ISBN 978-972-675-233-2. [Consult.

Março 2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/em-destaque/programa-nacional-para-a-vigilancia-da-gravidez-de-baixo-risco.aspx>.

DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS). *Contracepção no pós-parto. Saúde reprodutiva/Planeamento familiar*. [Em Linha]. Lisboa: DGS, 2008. [Consult. Maio 2017]. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/planeamento-familiar--contracepcao/contracepcao-no-pos-parto-.aspx>.

EVANGELISTA, D. e IVO, O. - *Contribuições do estágio supervisionado para a formação do profissional de enfermagem. Expectativas y retos. Revista Enfermagem Contemporânea*. [Em linha]. 2014, vol. 3, nº2, pp.123-130. [Consult. Agosto 2017]. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/391/340>

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). *Manual de perinatologia*. São Paulo: FEBRASGO, 2013.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). - *Manual de assistência pré-natal*. 2ª ed. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: 2014. ISBN: 978-85-64319-24-0.

FEITOSA, E., PEREIRA, M. e CAMPOS, J. - *Importância do Contato Precoce Mãe-Filho e sua Contribuição para o Sucesso do Aleitamento Materno. J. Health Biol Sci*. [Em linha]. 2014, vol. 2, nº3, pp. 120-124. [Consult. Julho 2017]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v2i3.90.p120-124.2014>.

GÓMEZ, A. et al. - *Método canguro en sala de partos en recién nacidos a término. Anales españoles de pediatría*. [Em linha]. 1998, vol. 48, nº6. Pp. 631-633. [Consult. Junho 2017]. Disponível em: http://www.quenooosseparen.info/articulos/documentacion/documentos/_CPP_en_RN_a_termino_48-6-12.pdf.

GRAÇA, L. *Medicina Materno-Fetal*. 4ª ed. Lisboa: Lidel, 2010.

INTERNATIONAL CLASSIFICATION FOR NURSING PRACTICE (ICNP) - CIPE 2: *Classificação Internacional para a prática de enfermagem versão 2*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

INSTITUT CLÍNIC DE GINECOLOGIA, OBSTETRÍCIA I NEONATOLOGIA (ICGON). *Amenaza de Parto Pretérmino. Hospital Clínic de Barcelona*. [Em linha]. 2014. [Consult. Maio 2017].

Disponível em:
https://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/patologia_materna_obstetrica/amenaza_de_parto_pretermino_hcp_hsjd.pdf.

LATERRA, C. et al. - *Amenaza de parto pretermino. Importancia de la contención psicológica*. [Em linha]. División obstetricia. Rev. Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá. 2000, vol. 19, nº 1, pp. 21-28 . Disponível em: www.sarda.org.ar/content/download/632/4154/file/21-28.pdf.

LEVY, L. e BÉRTOLO, H. - *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: UNICEF [Em linha]. 2012. [Consult. Maio 2017]. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/manual_aleitamento_2012.pdf.

LOWDERMILK, D. e Perry, S. - *Enfermagem na maternidade* 7ª ed. Loures: Lusodidacta, 2008. ISBN: 978-989-8075-16-1.

MATOS, T. et al. - *Contacto precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem*. Rev Bras Enferm. [Em linha]. 2010, vol. 63, nº6, pp. 998-1004. [Consult. Julho 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000600020.

MELO, S. e WEFORT, V. - *Contato precoce do binômio mãe recém nascido após cesárea: alguém tem que começar*. Revista Médica de Minas Gerais. [Em linha]. 2011, vol. 21, nº 3, pp. 59-62. [Consult. Julho 2017]. Disponível em: <http://rmmg.org/exportar-pdf/857/v21n3s1a20.pdf>.

MENDES, L. et al. - *Medicina Materno-Fetal*. 4ª ed. Lisboa: LIDEL-Edições técnicas, Lda. 2010. ISBN 978-972-757-654-8.

MENDES, K; SILVEIRA, R. e GALVÃO, C. - *Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem*. [Em linha]. Texto Contexto Enferm. 2008, vol.17, nº4, pp. 758-764. [Consult. Julho 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>.

MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA (MCEESMO). - *Livro de Bolso: Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica/Parteiras*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015. ISBN 978-0-473-12992-7.

MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRICIA (MCEESMO-OE). - *Competencias do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstetricia e do enfermeiro de cuidados gerais no âmbito da saúde*

sexual e reprodutiva. Parecer n.º 3 / 2010. [Em linha]. Ordem dos enfermeiros, 2010. [Consult. Abril. 2017]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/Parecer3_MCEESMO.pdf.

MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRICIA (MCEESMO- OE). -. *Assistência a partos pré-termos por enfermeiro especialista de enfermagem de saúde materna e obstétrica EEESMO. Parecer nº 49/2014*. [Em linha]. Ordem dos enfermeiros, 2014. [Consult. Abril. 2017]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/MCEESMO_Parecer_49_2014_Assistencia_a_Partos_Pre_Termos_por_EESMO.pdf.

MESA DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MATERNA E OBSTETRICIA (MCEESMO- OE). - *Parecer nº 275/2010. Realização de Cardiotografia. O CE adopta na íntegra o Parecer n.º54 / 2010 / CEESMO*. [Em linha]. Ordem dos enfermeiros, 2010. [Consult. Abril. 2017]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer%20275_11%2003%202010_realiza%C3%A7%C3%A3o%20de%20cardiotocografia_ceesmo%20docx_PARECER%20SITE_RevASLN.pdf.

MERIGHI, M. et al. - *Ensinar e aprender no campo clínico: perspectiva de docentes, enfermeiras e estudantes de enfermagem*. *Rev Bras Enferm*. [Em linha]. 2014, vol. 67, nº4, pp. 505-511. . [Consult. Maio. 2017]. Disponível em: <http://oaji.net/articles/2015/672-1423848115.pdf>.

MONTENEGRO, A. e REZENDE, J. - *Obstetrícia fundamental*. 13ª Ed. Rio de Janeiro: Koogan, 2014.

MONTENEGRO, A. e REZENDE, J. - *Protocolos de Medicina Materno-Fetal*. 3ª edição. Lisboa: Lidel, 2014.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. - *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual*. Enunciados Descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). - *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Competencias do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetricia e do Enfermeiro de Cuidados Gerais no âmbito da Saúde*

Sexual e Reprodutiva. Parecer N.º 3 / 2010. Mesa do colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Assistência a partos pré-termos por enfermeiro especialista de enfermagem de saúde materna e obstétrica EEESMO. Parecer nº 49/2014. Mesa do colégio da especialidade de enfermagem de saúde materna e obstétrica.* Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2014.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE). *Realização de Cardiotografia. Parecer nº 275/2010. Conselho de Enfermagem.* Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.

SILVA, M. et al. - *A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização.* [Em linha] Rev. Enferm. UERJ, Rio Janeiro. Dezembro 2013, vol. 21, nº2. pp. 792-797. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a16.pdf>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-(OMS). - *Indicadores para evaluar las prácticas de alimentación del lactante y del niño pequeño.* [Em linha]. Ginebra: OMS/UNICEF, 2009. [Consult. Março 2017]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44156/1/9789243596662_spa.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-(OMS). - *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño.* [Em linha]. Ginebra: OMS/UNICEF, 2003. [Consult. Março 2017]. ISBN 92 4 356221 5. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_spa.pdf.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-(OMS). *Recomendações da OMS para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto.* Ginebra: OMS, 2014. ISBN 978 92 4 854833 8.

PACHECO, J. *Parto pretérmino: tratamiento y las evidencias.* Revista peruana de ginecología y obstetrícia.[Em linha]. 2008. vol 54, nº1, pp. 24-32. [Consult. Maio 2017]. Disponível em: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol54_n1/pdf/A07V54N1.pdf

PORTUGAL. *Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco.*DGS:Lisboa, 2015. ISBN. 978-972-675-233-2.

PEREIRA, R. et al. - *Atitudes e barreiras à prática de enfermagem baseada na evidência em contexto comunitário.* Revista de Enfermagem Referência. [Em linha]. 2012, vol. 3, nº7, pp. 55-62. [Consult. Julho. 2017]. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000200006.

RAIES, C., DOREN, F. e TORRES, C. - *Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. Index Enfer.* [Em linha]. 2012, vol.21, nº.4, pp. 209-213. [Consult. Julho 2017]. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300007.

RAMIREZ, D. *Efectos del tratamiento con glucocorticoides durante el embarazo. A propósito de un caso Rev. Finlay.* [Em linhea]. 2015, vol.5, nº.2 Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342015000200010.

ROMERO, A. - *Contacto precoz piel con piel en el recién nacido a término. An Pediatr Contin* [Em linha]. 2013. vol. 11, nº 1, pp. 51-53 [Consult. Junho. 2017]. Disponível em: <http://www.apcontinuada.com/es/contacto-precoz-piel-con-piel/articulo/90185761/>.

SANCHEZ, A., CARRASCO, M. e PEREZ, M. - *El contacto precoz madre-hijo en el posparto: satisfacción materna y vínculo afectivo. Matronas Profesión.* [Em linha]. 2004, vol. 5, nº 15, pp. 12-18. [Consult. Agosto 2017]. Disponível em: <http://pdn.pangea.org/wp-content/uploads/vol5n15pag12-18.pdf>.

SANTOS, L. et al. - *Experiencing skin to skin contact with the baby during the postpartum period as a mechanical act. Rev. bras. enferm.* [Em linha].2014, vol. 67, nº3, pp. 202-207. [Consult. Julho 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000200202&script=sci_abstract.

SILVA, M et al.- *A percepção de gestantes de alto risco acerca do processo de hospitalização. Rev. Enferm. UERJ.* [Em linhea]. 2013, vol. 21, nº2. pp. 792-797. [Consult. Março 2017]. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21esp2/v21e2a16.pdf>.

SOUZA, M., SILVA, M. e CARVALHO, R. - *Revisão integrativa: o que é e como fazer Integrative review: what is it? How to do it?. Einstein.* [Em linha]. 2010, vol.8, nº 1, pp. 102-106. [Consult. Julho 2017]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-45082010000100102.